

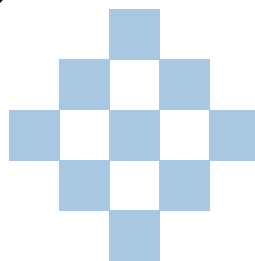
# QUID NOVI?

COLECCIÓN

AÑO 9, VOL. 9, Nº 3

CONGRESO DE LA SOCIEDAD  
EUROPEA DE HIPERTENSIÓN

*BARCELONA, 2018*



Es una publicación de la



Sociedad Iberoamericana  
de Información Científica



GADOR EN  
CARDIOLOGÍA

# Gadocor®

Nebivolol 5 - 10 mg

**SELECTIVO Y VASODILATADOR<sup>1</sup>**



- Brinda un **eficaz control** de la **presión arterial** en el **paciente hipertenso<sup>2</sup>**
- Permite ser utilizado con **seguridad** en **pacientes diabéticos o con síndrome metabólico<sup>3</sup>**
- Preserva la función eréctil<sup>4</sup>**
- Está **indicado en pacientes con EPOC<sup>5</sup>**
- No interfiere** en el desarrollo de la **actividad física** del paciente<sup>6</sup>

**Gadocor® permite que cada parte contenga la dosis correspondiente debido al diseño de sus comprimidos birranurados de 5 mg**



**PRESENTACIONES:**  
5 mg x 30 comprimidos birranurados  
10 mg x 30 comprimidos ranurados



**Gador**  
*Al Cuidado de la Vida*

Para más información sobre GADOCOR® visite [www.gador.com.ar](http://www.gador.com.ar)

1. Cheng JW. Nebivolol: a third-generation beta-blocker for hypertension. Clin Ther 2009;31:447-62. 2. Weiss RJ, Saunders E, Greathouse M. Efficacy and tolerability of nebivolol in stage I-II hypertension: a pooled analysis of data from three randomized, placebo-controlled monotherapy trials. Clin Ther 2011; 33: 1150-1161. 3. Agabiti Rosei E, Rizzoni D. Metabolic profile of nebivolol, a beta-adrenoceptor antagonist with unique characteristics. Drugs. 2007;67(6):1097-107. 4. Manolis A et al. Antihypertensive Treatment and Sexual Dysfunction. Curr Hypertens Rep 2012; 14:285-292. 5. Martinuc C, Branishte T. The use of beta blocker Nebivolol in patients with chronic obstructive pulmonary disease in association with arterial hypertension. Rev Med Chir Soc Nat Basi. 2012 Jan-Mar;116(1):218-21. 6. Patrianakos AP, Parthenakis FI, et al. Effects of Nebivolol on left ventricular function and exercise capacity in patients with non-ischaemic dilated cardiomyopathy. A randomised placebo-controlled study. Hellenic J Cardiol. 2005 May-Jun;46(3):199-207.

# Congreso de la Sociedad Europea de Hipertensión Barcelona 2018



**Dr. Guillermo Fábregues**  
Ex Presidente de la Sociedad Argentina de Cardiología; Médico Cardiólogo de la Fundación Favalaro, Ciudad de Buenos Aires, Argentina

## Introducción

Participar del Congreso Europeo de Hipertensión Arterial y Protección Cardiovascular es siempre una experiencia única, ya que permite tomar contacto directo y personal con los investigadores clínicos y básicos más relevantes y productivos a nivel internacional de la actualidad, y, de esta manera, recibir los conceptos originales más trascendentes desde el punto de vista clínico y terapéutico.

En esta oportunidad, la sede fue Barcelona, la cita, entre el 9 y 12 de junio, y el Congreso, el número 28. Enmarcado en hechos de verdadera trascendencia para el mundo de la hipertensión arterial (HTA), en primer lugar, la pérdida del Profesor Alberto Zanchetti, sin lugar a dudas, un prócer de la subespecialidad, un faro que ha iluminado durante más de cincuenta años y un ser humano fenomenal. Su paso a la eternidad se siente y se sentirá aún más, queda un vacío verdaderamente imposible de llenar. En segundo lugar, la presentación de las Guías en Hipertensión de las Sociedades Europeas de Cardiología e Hipertensión, que habían generado grandes expectativas después de la presentación y publicación de las controversiales y no siempre bien fundamentadas Guías de Hipertensión del Colegio Americano de Cardiología y la Asociación Americana del Corazón.

## Unidad temática I: Diagnóstico de hipertensión arterial y objetivos terapéuticos

Ante un marco de más de 1700 personas, el viernes 10 de junio por la tarde, en una sesión que, además, fue transmitida por *streaming* para todo el orbe, con la coordinación de los Profesores Bryan Williams y Giuseppe Mancia, los líderes naturales del documento, y la participación de los Profesores Krzysztof Narkiewicz, Josep Redon, Enrico Agabiti Rosei, Luis Miguel Ruilope, Antonio Coca, Konstantinos Tsioufis, Roland Schmieder y Michel Burnier, durante aproximadamente dos horas se fueron sucediendo todos los tópicos relevantes. El primer tema presentado fue el diagnóstico de HTA. En este contexto, las guías europeas sostienen los mismos valores de corte aplicados en el año 2013, y recomiendan, con grado de recomendación I y nivel de evidencia C, es decir consenso de expertos, que la presión arterial continúe clasificándose como óptima, normal y normal alta, y los grados 1 a 3 de HTA de acuerdo con las mediciones de presión arterial en consultorio (Tabla 1).

**Tabla 1.** Valores de corte recomendados por las guías europeas.

Recomendación	Clase	Nivel
Clasificación de la PA: óptima, normal, normal alta o Grados 1-3 de hipertensión de acuerdo con la PA de consultorio	I	C

PA, presión arterial.

Por otra parte, se debería diagnosticar HTA cuando la presión arterial sistólica es mayor o igual a 140 mm Hg o la

diastólica es mayor o igual a 90 mm Hg en consultorio. Estas definiciones difieren claramente de las recomendaciones de las guías norteamericanas de HTA, en las que el diagnóstico de HTA se confirma con valores de presión arterial sistólica iguales o mayores de 130 mm Hg o diastólica iguales o mayores de 80 mm Hg, con un grado/fuerza de recomendación I y un nivel/calidad de la evidencia B-NR, es decir de moderada calidad proveniente de uno o más estudios no aleatorizados o de metanálisis de estos. En este punto es importante recordar que recientemente se han presentado las Guías Argentinas de Hipertensión Arterial, producto del trabajo conjunto de la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial, la Federación Argentina de Cardiología y la Sociedad Argentina de Cardiología, que conceptualmente se asemejan a las recomendaciones europeas.

No menos importante ha sido la presentación sobre los rangos objetivos de presión arterial en el consultorio. Estos valores difieren según la edad de los sujetos, la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular, la asociación con comorbilidades y los antecedentes de eventos cardiovasculares. En términos generales, el objetivo de presión arterial para individuos menores de 65 años de edad está dado por valores de presión arterial sistólica entre 120 y 130 mm Hg, si lo tolera, y de presión arterial diastólica entre 70 y 80 mm Hg, excepto para los casos en que el paciente presente enfermedad renal crónica, situación en la que el objetivo de presión arterial sistólica deberá circunscribirse a valores entre 130 y 140 mm Hg. En los individuos hipertensos de 65 o más años de edad, independientemente de la presencia de otras asociaciones mórbidas, el objetivo de presión arterial sistólica se establece entre 130 y 140 mm Hg, si lo tolera, y los mismos valores de presión arterial diastólica que en los sujetos más jóvenes (Tabla 2). Sin embargo, como lo remarcará el Profesor Giuseppe



**Tabla 2.** Objetivo de presión arterial sistólica.

Grupo etario (años)	Rangos de objetivos de PAS en consultorio (mm Hg)					Rangos objetivos de PAD (mm Hg)
	Hipertensión	+ Diabetes	+ ERC	+ EC	+ ACV/AIT	
18-65	130 o menos si lo tolera No ≤ 120	130 o menos si lo tolera No ≤ 120	< 140 a 130 si lo tolera	130 o menos si lo tolera No ≤ 120	130 o menos si lo tolera No ≤ 120	< 80 a 70
65-79	< 140 a 130 si lo tolera	< 140 a 130 si lo tolera	< 140 a 130 si lo tolera	< 140 a 130 si lo tolera	< 140 a 130 si lo tolera	< 80 a 70
≥ 80	< 140 a 130 si lo tolera	< 140 a 130 si lo tolera	< 140 a 130 si lo tolera	< 140 a 130 si lo tolera	< 140 a 130 si lo tolera	< 80 a 70
<b>Rangos objetivos PAD (mm Hg)</b>	< 80 a 70	< 80 a 70	< 80 a 70	< 80 a 70	< 80 a 70	< 80 a 70

PAS, presión arterial sistólica; PAD, presión arterial diastólica; ERC, enfermedad renal crónica; EC, enfermedad coronaria; ACV, accidente cerebrovascular; AIT, accidente isquémico transitorio.

Mancia, son necesarios más estudios de tratamiento basados en puntos finales duros para establecer la presión arterial sistólica óptima en pacientes con distintos niveles basales de riesgo cardiovascular y con diferentes comorbilidades, incluidos diabetes y enfermedad renal crónica; asimismo, también se necesitan más estudios basados en puntos finales duros para establecer cuál es el objetivo de presión arterial diastólica óptima con el tratamiento, y la determinación de los objetivos de presión arterial óptima para el tratamiento de cuadros clínicos específicos (por ej.: diabetes, enfermedad renal crónica, posaccidente cerebrovascular [ACV]).

## Unidad temática II: Estratificación del riesgo y estrategia terapéutica

Las guías europeas de HTA destacan la significativa relevancia de la estratificación del riesgo cardiovascular a la hora de tomar decisiones terapéuticas, por lo que recomiendan la utilización del sistema SCORE, aunque reconociendo que algunas variables pueden modificar sensiblemente la percepción del paciente, particularmente la presencia de daño de órgano blanco mediado por HTA (especialmente la hipertrofia ventricular izquierda), la enfermedad renal crónica y la retinopatía avanzada, las que, por lo tanto, deberían ser evaluadas en el paciente hipertenso.

Entre los aspectos que reflejan particularmente el daño de órgano blanco asintomático mediado por HTA se enumeran:

- Rigidez arterial.
- Presión de pulso ≥ 60 mm Hg en personas ancianas.
- Velocidad de onda de pulso carótido-femoral > 10 m/s.
- Hipertrofia ventricular izquierda en el electrocardiograma (ECG).
- Hipertrofia ventricular izquierda en el ecocardiograma.

- Microalbuminuria o elevación de la relación albúmina/creatinina.
- Enfermedad renal crónica con filtrado glomerular calculado de 30 a 59 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>, o grave < 30 ml/min/1.73 m<sup>2</sup>.
- Índice tobillo-brazo < 0.9.
- Retinopatía avanzada: hemorragias o exudados, papiledema.

Tomando en cuenta estas variables, los pacientes hipertensos pueden ser estratificados como de riesgo bajo, riesgo moderado, riesgo alto o riesgo muy alto. En la Tabla 3 se detallan los criterios que permiten asignar los pacientes a estos grupos de riesgo.

Tomando en cuenta los estadios de presión arterial previamente enunciados, la presencia de otros factores de riesgo cardiovascular y de daño de órgano blanco mediado por HTA y las comorbilidades se logra, entonces, individualizar el riesgo de los pacientes a 10 años (Tabla 4).

Sin embargo, según los expertos europeos, no todos los marcadores de daño de órgano blanco mediado por HTA tienen la misma sensibilidad para detectar los cambios inducidos por el tratamiento, ni la reproducibilidad e independencia de las virtudes del operador, el tiempo necesario para que dichos cambios sean evidentes, ni el impacto que estos cambios puedan tener en el pronóstico (Tabla 5).

Considerando entonces los niveles de presión arterial y la presencia de marcadores de daño de órgano blanco mediado por HTA y los antecedentes de enfermedad cardiovascular, las guías de los expertos europeos en HTA recomiendan el inicio inmediato, una vez confirmado el diagnóstico de HTA, y en forma simultánea de cambios en el estilo de vida y fármacos antihipertensivos, en sujetos con HTA grados 2 o 3 (es decir con presión arterial > 160 a 100 mm Hg).

En cambio, en los hipertensos grado 1 (quienes presentan cifras de presión arterial entre 140/159 y 90/99 mm Hg) el tratamiento deberá iniciarse inmediatamente solo en los individuos con riesgo cardiovascular alto o muy alto, con antecedentes de enfermedad cardiovascular o renal, o con

**Tabla 3.** Estratificación de los pacientes hipertensos.

Riesgo	Criterios
<b>Muy alto</b>	ECV documentada, tanto clínica como por imágenes inequívocas. <ul style="list-style-type: none"> <li>• La ECV clínica incluye: IAM, SCA, revascularización coronaria o en otros territorios arteriales, ACV, AIT, aneurismas aórticos, enfermedad arterial periférica.</li> <li>• La ECV documentada en forma inequívoca por imágenes incluye: placas significativas (por ejemplo, estenosis <math>\geq 50\%</math>) en angiografía o ultrasonido; no incluye el incremento en el EIM carotídeo.</li> <li>• Diabetes mellitus con DOB: por ejemplo, proteinuria o un factor de riesgo mayor como HTA Grado 3 o hipercolesterolemia.</li> <li>• ERC grave: filtrado glomerular calculado <math>&lt; 30-59</math> ml/min/1.73 m<sup>2</sup>.</li> <li>• Cálculo de riesgo a 10 años por sistema SCORE: <math>\geq 5\%-10\%</math>.</li> </ul>
<b>Alto</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pronunciada elevación de un factor de riesgo, particularmente el colesterol <math>&lt; 310</math> mg/dl; por ejemplo, hipercolesterolemia familiar, HTA Grado 3 (<math>\geq 180-110</math> mm Hg).</li> <li>• La mayoría de los pacientes diabéticos, excepto algunos individuos jóvenes con DBT2 son factores de riesgo mayores.</li> <li>• HVI por HTA.</li> <li>• ERC moderada: filtrado glomerular calculado <math>&lt; 30-59</math> ml/min/1.73 m<sup>2</sup>.</li> <li>• Cálculo de riesgo a 10 años por sistema SCORE: <math>\geq 5\%-10\%</math>.</li> </ul>
<b>Moderado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cálculo de riesgo a 10 años por sistema SCORE: <math>1\% - &lt; 5\%</math>.</li> <li>• HTA Grado 2.</li> <li>• Muchos de los individuos de mediana edad pertenecen a esta categoría.</li> </ul>
<b>Bajo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cálculo de riesgo a 10 años por sistema SCORE: <math>&lt; 1\%</math>.</li> </ul>

ECV, enfermedad cardiovascular; IAM, infarto agudo de miocardio; SCA, síndrome coronario agudo; ACV, accidente cerebrovascular; AIT, accidente isquémico transitorio; EIM, espesor íntima-media; DBT2, diabetes mellitus tipo 2; DOB, daño de órgano blanco; ERC, enfermedad renal crónica; HTA, hipertensión arterial; HVI, hipertrofia ventricular izquierda.

**Tabla 4.** Riesgo cardiovascular.

Enfermedad hipertensiva	Otros FR, daño de órgano blanco mediado por HTA, otras enfermedades	Grados PA (mm Hg)			
		Normal alta PAS 130-139 PAD 85-89	Grado 1 PAS 140-159 PAD 90-99	Grado 2 PAS 160-179 PAD 100-109	Grado 3 PAS $\geq 180$ PAD $\geq 110$
Estadio 1 (no complicada)	Sin otros FR	Riesgo bajo	Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo alto
	1 o 2 FR	Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo moderado a alto	Riesgo alto
	$\geq 3$ FR	Riesgo bajo a moderado	Riesgo moderado a alto	Riesgo alto	Riesgo alto
Estadio 2 (enfermedad asintomática)	DOB MHTA, ERC Grado 3 o diabetes mellitus sin DOB MHTA	Riesgo moderado a alto	Riesgo alto	Riesgo alto	Riesgo alto a muy alto
Estadio 3 (enfermedad sintomática)	ECV sintomática, ERC $\geq$ Grado 4 o diabetes mellitus con DOB MHTA	Riesgo muy alto	Riesgo muy alto	Riesgo muy alto	Riesgo muy alto

FR, factores de riesgo; PAS, presión arterial sistólica; PAD, presión arterial diastólica; DOB MHTA, daño de órgano blanco mediado por hipertensión arterial; ERC, enfermedad renal crónica; ECV, enfermedad cardiovascular

evidencias de daño de órgano blanco mediado por HTA. Vale decir que, en este grupo de pacientes, los hipertensos grado 1 son en quienes con mayor valor reside la detección temprana de las lesiones subclínicas, ya que de ello dependerá el momento de introducir en el esquema terapéutico a las drogas antihipertensivas. Se debe destacar que las guías europeas

recomiendan también para aquellos sujetos con presión arterial normal alta, es decir, con presión sistólica entre 130 y 139 mm Hg y presión diastólica entre 85 y 89 mm Hg, considerar el tratamiento farmacológico si el paciente es de alto riesgo cardiovascular y presenta antecedentes de enfermedad cardiovascular, especialmente enfermedad coronaria (Figura 1).

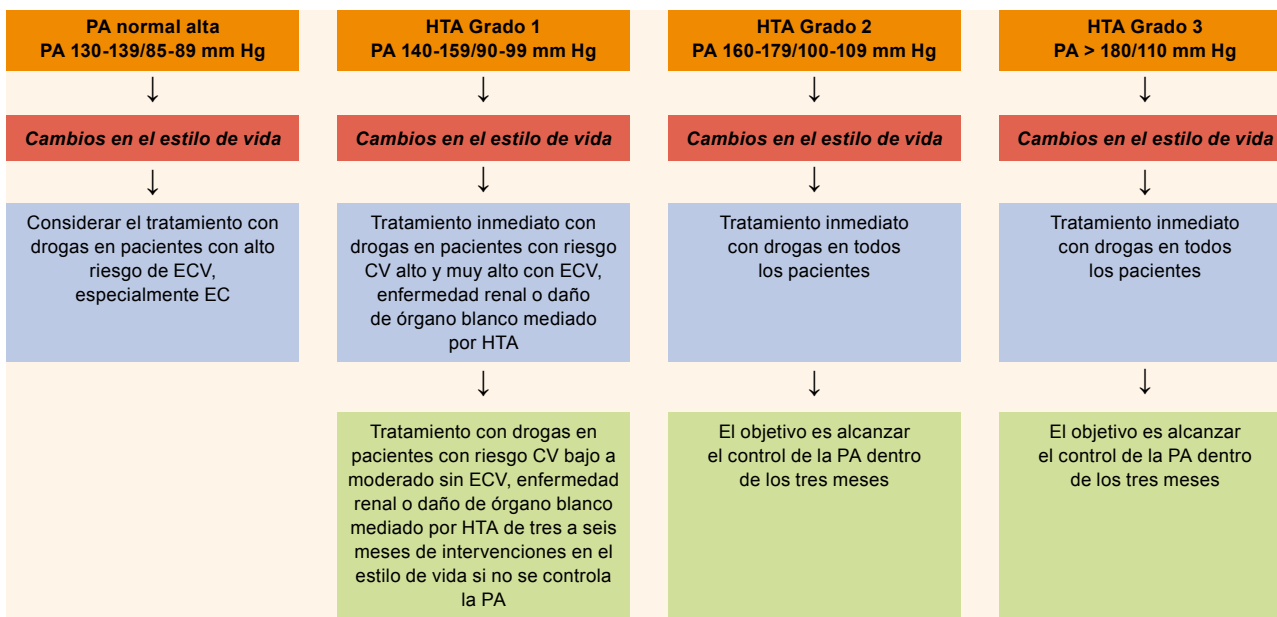




**Tabla 5.** Marcadores de daño en órgano blanco mediado por hipertensión arterial.

Marcador de daño de órgano blanco mediado por HTA	Sensibilidad a los cambios	Reproducibilidad e independencia del operador	Tiempo al cambio	Valor pronóstico del cambio
HVI por ECG	Bajo	Alto	Moderado (> 6 meses)	Sí
HVI por ECO	Moderado	Moderado	Moderado (> 6 meses)	Sí
HVI por RMN	Alto	Alto	Moderado (> 6 meses)	S/D
eGFR	Moderado	Alto	Muy lento (años)	Si
Excreción urinaria de albúmina	Alto	Moderado	Rápido (semanas a meses)	Moderado
EIM carotídeo	Muy bajo	Bajo	Lento (> 12 meses)	No
VOP	Alto	Bajo	Rápido (semanas a meses)	D/L
Índice tobillo-brazo	Bajo	Moderado	Lento (> 12 meses)	Moderado

HTA, hipertensión arterial; HVI, hipertrofia ventricular izquierda; ECG, electrocardiograma; ECO, ecocardiograma; RMN, resonancia magnética nuclear; eGFR, tasa de filtrado glomerular estimada; EIM, espesor íntima-media; VOP, velocidad de onda de pulso; S/D, sin datos; D/L, datos limitados.



**Figura 1.** Tratamiento farmacológico.

PA, presión arterial; HTA, hipertensión arterial; ECV, enfermedad cardiovascular; EAC, enfermedad coronaria; CV, cardiovascular.

## Unidad temática III: Mediciones de la presión arterial fuera del consultorio

La medición de la presión arterial fuera del consultorio médico para el diagnóstico y seguimiento de la HTA fue otro de los temas extensamente debatidos durante la presentación de las guías europeas de HTA. En este sentido, tanto la monitorización

ambulatoria de presión arterial (MAPA) como la monitorización domiciliar de la presión arterial (MDPA) son recomendadas como grado 1 con nivel de evidencia A, en cuadros clínicos como la sospecha de hipertensión de guardapolvo blanco o hipertensión enmascarada, fundamentalmente; además, para evaluar los efectos del tratamiento o la relación entre los niveles de presión arterial y la aparición de efectos adversos del tratamiento, como la hipotensión sintomática (Tabla 6). Es interesante destacar en este punto que las guías norteamericanas de HTA coinciden en que las mediciones de presión arterial fuera del consultorio médico

**Tabla 6.** Medición de la PA en consultorio médico.

Recomendación	Clase	Nivel
La MAPA o la MDPA están específicamente recomendadas en varias indicaciones clínicas, tales como la identificación de la HTA de guardapolvo blanco o la HTA enmascarada, la cuantificación de los efectos del tratamiento y la identificación de las posibles causas de efectos adversos (por ej., hipotensión sintomática).	I	A

PA, presión arterial; MAPA, monitorización ambulatoria de la presión arterial; MDPA, monitorización domiciliaria de la presión arterial; HTA, hipertensión arterial.

son recomendadas para el diagnóstico de HTA y la titulación de la medicación para el descenso de la presión arterial, en conjunto con la telemonitorización de las intervenciones clínicas y para dar consejos para la salud, también con un grado de recomendación I y nivel de evidencia A.

## Unidad temática IV: Cambios en el estilo de vida

La piedra angular en la prevención y el tratamiento de la HTA debe ser lograr un estilo de vida saludable, ya que de esta manera se logra prevenir o retrasar el comienzo de la enfermedad hipertensiva y reducir el riesgo cardiovascular. Los cambios en el estilo de vida

**Tabla 7.** Recomendaciones de adopción de cambios saludables en el estilo de vida para pacientes con hipertensión arterial.

Recomendaciones	Clase	Nivel
Restringir el sodio a < 5 g por día	I	A
Restringir el consumo de alcohol a: • Hombres: menos de 14 unidades* por semana. • Mujeres: menos de 8 unidades* por semana.	I	A
Evitar las borracheras	III	C
Aumentar el consumo de frutas frescas, vegetales, pescados, nueces, ácidos grasos insaturados (aceite de oliva). Disminuir el consumo de carnes rojas. Consumir diariamente productos de bajo contenido graso.	I	A
Control del peso para evitar la obesidad (IMC < 30 kg/m <sup>2</sup> o perímetro de cintura < 102 cm en hombres y < 88 cm en mujeres) y valores de perímetro de cintura saludables (< 94 cm en hombres y < 80 cm en mujeres) para reducir la PA y el riesgo cardiovascular.	I	A
Realizar ejercicio aeróbico regular (por ej., al menos 30 min de ejercicio dinámico moderado, de 5 a 7 veces por semana).	I	A
Cesación tabáquica. Se recomienda el apoyo asistencial y la derivación a programas de cesación tabáquica.	I	B

IMC, índice de masa corporal; PA, presión arterial.

\* 1 unidad = 125 ml de vino o 250 ml de cerveza.

pueden ser suficientes para retrasar o prevenir la necesidad de tratamiento con fármacos en pacientes con HTA grado I. Al mismo tiempo, pueden potenciar los efectos de la terapia antihipertensiva, aunque su implementación nunca deberá retrasar el inicio del tratamiento con drogas en pacientes con daño de órgano blanco mediado por HTA o con riesgo alto de presentar un evento cardiovascular. El mayor inconveniente de las modificaciones en el estilo de vida es la escasa persistencia en el tiempo. Las medidas recomendadas para un estilo de vida saludable que han demostrado reducir la presión arterial son la restricción de sal, la moderación en el consumo de bebidas alcohólicas, el consumo elevado de frutas y verduras, la reducción del peso y el mantenimiento de un peso corporal ideal y la actividad física regular. Sumado a esto, el consumo de tabaco tiene un efecto presor agudo y prolongado que puede incrementar durante el período diurno la presión arterial, pero la cesación tabáquica y otras medidas sobre los hábitos de vida también pueden ser importantes en la prevención, más allá de los niveles de presión arterial (por ej., prevención de las enfermedades cardiovasculares y el cáncer). En la Tabla 7 se describen las recomendaciones de adopción de cambios saludables en el estilo de vida para pacientes con HTA.

## Unidad temática V: Tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial

Las recomendaciones para iniciar el tratamiento antihipertensivo, ya sea con recomendaciones para modificar el estilo de vida como con fármacos antihipertensivos, dependerá de la edad de los pacientes, del nivel de elevación de la presión arterial, del riesgo cardiovascular –en el que se deberá considerar la presencia de enfermedades cardiovasculares–, de las evidencias de daño de órgano blanco mediado por HTA y de la fragilidad de la salud de los pacientes. Las guías europeas plantean un tratamiento menos conservador de la presión arterial en pacientes ancianos y muy ancianos, con umbrales y objetivos terapéuticos más bajos, poniendo énfasis en considerar la edad biológica más que la cronológica (por ej., la importancia de la fragilidad, la independencia y la tolerabilidad al tratamiento). La recomendación de un tratamiento nunca debe ser negada ni eliminada sobre la base de la edad, siempre que este sea bien tolerado (Tabla 8).

El tratamiento antihipertensivo debe incluir necesariamente tanto las intervenciones en el estilo de vida como la terapia farmacológica. La mayoría de los pacientes hipertensos requerirán un tratamiento con drogas, pero las intervenciones en el estilo de vida son importantes ya que pueden retrasar la necesidad del tratamiento farmacológico o complementar el efecto de los medicamentos para reducir la presión arterial. Más aún, las intervenciones en el estilo de vida como la restricción



**Tabla 8.** Recomendaciones de las guías europeas.

Recomendaciones	Clase	Nivel
Iniciar de manera inmediata el tratamiento con drogas antihipertensivas en pacientes con hipertensión Grado 2 o 3 o cualquier nivel de riesgo CV, simultáneamente con iniciación de cambios en el estilo de vida.	I	A
En pacientes hipertensos Grado 1:	II	B
• Realizar cambios en el estilo de vida para determinar si se normaliza la PA.	I	A
• En pacientes con riesgo bajo a moderado y sin evidencias de daño de órgano blanco mediado por HTA se recomienda el tratamiento con drogas antihipertensivas si este permanece hipertenso luego de un periodo de cambios de estilo de vida.	I	A
• En pacientes con riesgo alto o con evidencias de daño de órgano blanco mediado por HTA se recomienda el inicio inmediato con drogas antihipertensivas, simultáneamente con intervenciones en el estilo de vida.	I	A
En pacientes ancianos con HTA (incluso > 80 años), el tratamiento con drogas antihipertensivas e intervenciones en el estilo de vida se recomienda cuando la PA es $\geq$ 160 mm Hg.	III	C
El tratamiento con drogas antihipertensivas e intervenciones en el estilo de vida se recomienda en el paciente anciano adecuado (> 65 años/ $\leq$ 80 años) cuando la PAS es Grado 1 (140-159 mm Hg), siempre que el tratamiento sea bien tolerado.	I	A
El tratamiento antihipertensivo puede ser considerado en el paciente anciano frágil siempre que sea bien tolerado.	IIb	B
Retirar el tratamiento con drogas antihipertensivas sobre la base de la edad, incluso cuando el paciente alcance una edad $\geq$ 80 años no se recomienda, siempre que el tratamiento sea bien tolerado.	III	B
En pacientes con presión normal alta (130-139/85-89 mm Hg):	I	A
• Iniciar cambios en el estilo de vida.	IIb	A
• El tratamiento con fármacos puede ser considerado cuando el riesgo CV es muy alto debido a ECV, especialmente enfermedad coronaria.		

CV, cardiovascular; HTA, hipertensión arterial; PA, presión arterial; PAS, presión arterial sistólica; ECV, enfermedad cardiovascular.

del sodio, la moderación en el consumo de alcohol, los hábitos alimentarios saludables, el ejercicio regular, el control del peso y la cesación tabáquica, todos tienen beneficios más allá de su impacto sobre la presión arterial. Los expertos europeos afirman que la mayoría de los pacientes requerirán combinaciones de drogas antihipertensivas, ya que la monoterapia es usualmente ineficaz; de hecho, consideran que el tradicional inicio de la terapia con un solo fármaco y el tratamiento escalonado han tenido como consecuencia que muchos pacientes persistan con un abordaje basado en la monoterapia, con lo que el control de las cifras de presión arterial es muy deficiente. Por otra parte, los tratamientos con múltiples comprimidos han puesto de manifiesto la escasa adhesión a las indicaciones médicas, otro de los factores que contribuye a un

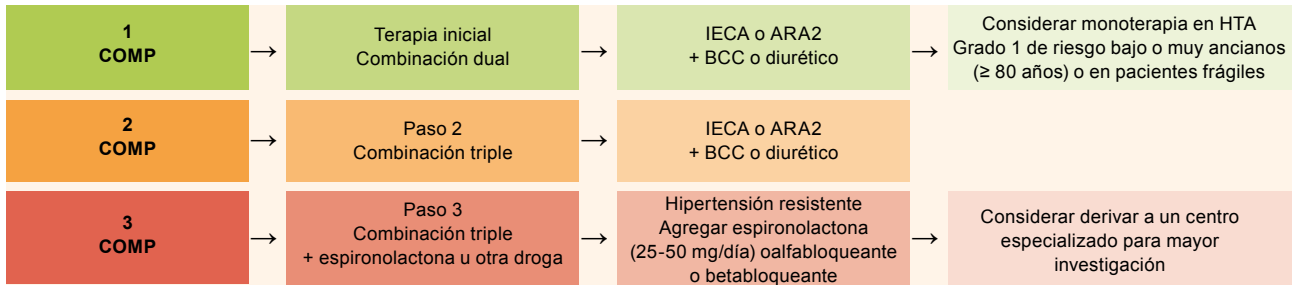
**Tabla 9.** Estrategias terapéuticas en la hipertensión arterial.

Recomendaciones	Clase	Nivel
Entre las drogas antidepresivas, los inhibidores de la ECA, los antagonistas de la angiotensina, los betabloqueantes, los bloqueantes de los canales de calcio y los diuréticos (tiazídicos o similares, como clortalidona e indapamina) han demostrado su efectividad para reducir la PA y el riesgo cardiovascular en los ensayos clínicos controlados y, por lo tanto, están indicados como herramientas básicas en las estrategias terapéuticas antihipertensivas.	I	A
Para la mayoría de los pacientes hipertensos se recomienda la combinación de tratamientos como terapia inicial. Las combinaciones preferidas consideran un bloqueante del sistema renina-angiotensina (tanto inhibidores de la ECA como antagonistas de la angiotensina) con bloqueantes de los canales de calcio o diuréticos. Otras combinaciones de las cinco clases principales de drogas pueden ser utilizadas.	I	A
Los betabloqueantes pueden ser combinados con cualquiera de las otras clases principales de drogas cuando haya una situación clínica específica (por ej., angina, posinfarto de miocardio, insuficiencia cardíaca o control de la frecuencia cardíaca).	I	A
El inicio del tratamiento antihipertensivo con combinación de dos drogas es preferible hacerlo en un solo comprimido. Son excepciones los pacientes ancianos frágiles y aquellos en bajo riesgo con hipertensión Grado 1 (particularmente, si la PAS es < 150 mm Hg).	I	B
Si la PA no se controla con una combinación de dos drogas el tratamiento debe ser incrementado a una combinación de tres drogas, usualmente un bloqueante del sistema renina-angiotensina + un bloqueante de los canales de calcio + un diurético tiazídico o similar, preferentemente en un solo comprimido.	I	A
Si la PA no se controla con una combinación de tres drogas, el tratamiento debe ser incrementado con la acción de espironolactona o, si no es bien tolerada, otros diuréticos como amiloride o altas dosis de otros diuréticos, un betabloqueante o un alfa bloqueante.	I	B
No se recomienda la combinación de dos bloqueantes del sistema renina-angiotensina.	I	A

ECA, enzima convertidora de angiotensina; PA, presión arterial; PAS, presión arterial sistólica.

insuficiente control de la HTA. El inicio del tratamiento con terapia dual (dos fármacos en un solo comprimido) provee un control de la presión arterial más rápido, eficiente, bien tolerado, más consistente y más eficaz, con mejor adhesión de los pacientes, por lo que se ha convertido en la estrategia terapéutica de elección para todos los individuos hipertensos. La estrategia de combinaciones terapéuticas duales o triples disponibles en la actualidad son una aproximación pragmática y simplificada para tratar a los pacientes hipertensos, que incrementa la frecuencia de control de la presión arterial, reduciendo la cantidad de comprimidos a utilizar. En la





**Figura 2.** Estrategias terapéuticas en la hipertensión arterial.

COMP, comprimido; IECA, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina; ARA2, antagonista de los receptores de angiotensina 2; BCC, bloqueante de los canales cálcicos; HTA, hipertensión arterial.

Tabla 9 y en la Figura 2 se presentan las recomendaciones sobre estrategias terapéuticas en HTA, tanto no complicada como en portadores de daño de órgano blanco mediado por HTA, enfermedad cerebrovascular, diabetes o enfermedad arterial periférica. Por lo expuesto, uno de los mensajes centrales de las guías europeas de 2018 en HTA es que se debe comenzar el tratamiento, en la mayoría de los pacientes, con dos drogas, no con una, y en un comprimido único. Los autores pretenden que este concepto se establezca como la estrategia habitual para tratar la enfermedad. La única excepción serían los muy pocos pacientes con presión arterial más baja, cercana a los valores recomendados como objetivo terapéutico, que podrían alcanzarlo con un solo fármaco, o en individuos ancianos o muy ancianos frágiles, en quienes un descenso de la presión arterial más suave es deseable.

La investigación ha demostrado una correlación directa entre la cantidad de comprimidos antihipertensivos que ingieren los pacientes y la adhesión al tratamiento. Los comprimidos con múltiples fármacos han mostrado mejorar el cumplimiento del tratamiento, por lo que en la actualidad esta es la estrategia preferida como tratamiento inicial, tanto en combinaciones de dos como de tres drogas, mejorando significativamente las frecuencias de control adecuado de la HTA.

En sujetos diabéticos se recomienda, con grado de recomendación I y nivel de evidencia A, iniciar el tratamiento con una combinación de un bloqueante del sistema renina-angiotensina con un bloqueante de los canales de calcio o un diurético tiazídico o similar a un tiazídico. Por otra parte, en individuos hipertensos con enfermedad renal crónica la reducción de la albuminuria también debe ser un objetivo terapéutico, aunque no se haya aclarado aún que la disminución de este parámetro per se sea un factor para prevenir la enfermedad cardiovascular. En estos pacientes se debe recomendar enfáticamente la adopción de un estilo de vida saludable, particularmente la restricción de la ingesta de sodio. En los casos en que el filtrado glomerular calculado sea inferior a 30 ml/min/1.73m<sup>2</sup> los diuréticos tiazídicos o similares deberán ser reemplazados por diuréticos del asa; y debido a que el descenso de la presión arterial puede reducir la presión de perfusión renal, se podría esperar usualmente

una caída del filtrado glomerular calculado de entre un 10% y 20%, por lo que una cuidadosa monitorización de los electrolitos y el filtrado glomerular es esencial. Por lo expuesto, el tratamiento deberá ser individualizado, considerando la tolerabilidad y el impacto sobre la función renal y los electrolitos. Con grado de recomendación I y nivel de evidencia A se afirma que los bloqueantes del sistema renina-angiotensina son más eficaces para reducir la albuminuria que otros agentes antihipertensivos, por lo que son recomendados como parte de la estrategia terapéutica en pacientes hipertensos en presencia de microalbuminuria o proteinuria, por lo que el régimen inicial debería conformarse con una combinación de una droga de esta familia asociada con un bloqueante de los canales de calcio o un diurético. Por otra parte, enfáticamente no se recomienda la combinación de dos bloqueantes del sistema renina-angiotensina.

## Unidad temática VI: Seguimiento del paciente hipertenso

Una vez iniciado el tratamiento antihipertensivo es importante controlar al paciente al menos una vez dentro de los dos meses iniciales, con el objeto de evaluar los efectos sobre la presión arterial y determinar la presencia de posibles efectos adversos, al menos hasta que la HTA se pueda controlar. El tratamiento con combinaciones de fármacos en un solo comprimido debería reducir la presión arterial dentro de las dos semanas del inicio, y continuar con el descenso en los siguientes dos meses. Se debe verificar que la presión arterial se encuentre en las metas terapéuticas a los tres y seis meses, y se deben constatar los factores de riesgo cardiovascular asociados, así como el daño de órgano blanco asintomático al menos cada dos años. En los pacientes con presión arterial normal alta o hipertensión de guardapolvo blanco, aun cuando no reciban



tratamiento farmacológico, deben ser citados para visitas regulares al menos anualmente, con el objeto de medir la presión arterial en consultorio y fuera de este, así como para controlar su perfil general de riesgo cardiovascular. En estas visitas se reforzará la recomendación de cambios en el estilo de vida, que resulta la más adecuada para la mayoría de este tipo de pacientes. En estas visitas de seguimiento es prioritario detectar la escasa adhesión a la terapéutica farmacológica, una de las causas mayores para el control deficiente de la presión arterial. La participación de equipos multidisciplinarios, compuestos por enfermeros y farmacéuticos, en la educación, el soporte y el seguimiento de los pacientes hipertensos en tratamiento se enfatiza como parte de la estrategia global para mejorar el control de la HTA. Entre las estrategias para incrementar la adhesión de los pacientes se recomienda la educación del sujeto, informando los beneficios del tratamiento, así como acordar los esquemas terapéuticos para alcanzar y mantener el control de la presión arterial utilizando las medidas en el estilo de vida y la terapia basada en un solo comprimido junto con material informativo, lectura de programas o soporte informático. Se debe empoderar al paciente, mantener una correcta retroalimentación (*feedback*) sobre la conducta del paciente y la evolución clínica, colaborar en la resolución de las potenciales barreras en la adhesión terapéutica y con los proveedores de salud (enfermeros y farmacéuticos). La MDPA y la telemonitorización, la participación en sesiones de ayuda grupales, el autogerenciamiento del paciente y los sistemas de autoayuda, el uso de recordatorios, el soporte social o familiar o la provisión del tratamiento farmacológico en el lugar de trabajo son todas medidas que podrían contribuir a mejorar el cumplimiento terapéutico. El tratamiento debe ser simplificado, favoreciendo la indicación de un comprimido único. Se deben desarrollar sistemas de monitorización, ya sea telefónicos, visitas domiciliarias o telemonitorización domiciliaria de la presión arterial. El soporte financiero para el sistema de salud y el paciente, así como asegurar la accesibilidad al medicamento son esenciales para mejorar la adhesión.

## Unidad temática VII: Denervación simpática renal

Respecto al tema de los dispositivos para el tratamiento de la HTA, con grado de recomendación III y nivel de evidencia B, los expertos europeos afirman que no se recomienda el uso de dispositivos para tratar la HTA, excepto en el contexto de los ensayos clínicos controlados, hasta que se encuentre disponible más información respecto de su seguridad y eficacia. La publicación de los ensayos

clínicos controlados SPYRAL HTA-OFF MED, RADIANCE-HTN SOLO y SPYRAL HTN-ON MED durante los años 2017 y 2018, sumándose al ya conocido estudio DENER HTN del año 2015, ha abierto nuevas expectativas sobre este tema al demostrar que la denervación simpática renal tiene un muy buen perfil de seguridad, con un promedio de reducción de la presión arterial sistólica de consultorio entre 6 y 8 mm Hg, y de 10 mm Hg en la presión arterial ambulatoria. Sin embargo, entre las limitaciones de estos estudios se debe hacer hincapié en el escaso número de pacientes incluidos y su corta duración, por lo que el efecto a largo plazo sobre la presión arterial y otras variables biológicas es desconocido.

## Unidad temática VIII: Conceptos emergentes más destacados

Las nuevas guías europeas sobre HTA enfatizan la necesidad de utilizar las mediciones de presión arterial fuera del consultorio médico, ya sea con MAPA o MDPA, especialmente esta última, como una opción para confirmar el diagnóstico de HTA.

Al mismo tiempo, establecen metas terapéuticas menos conservadoras en sujetos ancianos o muy ancianos, con menores umbrales de diagnóstico (140-90 mm Hg en general, y 160-90 mm Hg para mayores de 80 años), y objetivos de presión arterial sistólica más bajos (130-140 mm Hg), enfatizando en considerar el estado biológico más que la edad cronológica y reconociendo variables como la fragilidad, la independencia y la tolerabilidad al tratamiento. La estrategia de un solo comprimido con combinaciones de fármacos debe ser la herramienta central para mejorar el control de la presión arterial para la mayoría de los pacientes; en este contexto, algoritmos terapéuticos simples, con el uso preferencial de un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina o un antagonistas del receptor de angiotensina asociado con un bloqueante de los canales de calcio o un diurético tiazídico o similar debe ser el núcleo de la estrategia terapéutica para la mayoría de los pacientes; los betabloqueantes deberán ser reservados para indicaciones específicas.

Los objetivos terapéuticos se apoyan fundamentalmente en la edad de los pacientes y la presencia de condiciones comórbidas específicas. Se pone especial énfasis en la relevancia de evaluar la adhesión de los pacientes al tratamiento como una de las mayores causas del escaso control de la presión arterial. Se establece una función central de los enfermeros y farmacéuticos en el tratamiento a largo plazo de la HTA, reconociendo el papel fundamental de estos profesionales en la educación, el soporte y el seguimiento de los pacientes bajo tratamiento, como parte de la estrategia global para mejorar el control de la presión arterial.



**Dr. Daniel Piskorz**  
Corresponsal exclusivo  
Médico Cardiólogo,  
Director del Centro de Investigaciones Cardiovasculares,  
Sanatorio Británico de Rosario  
Rosario, Argentina

## Conclusiones y Comentarios del Director: La importancia de simplificar

El reciente congreso de Hipertensión Arterial, celebrado en Barcelona en el mes de junio pasado, tuvo dos momentos difíciles de olvidar. El primero, el homenaje al Profesor Alberto Zanchetti, fallecido el 24 de marzo del corriente año. Un ser excepcional, quien iluminó el camino en la investigación en hipertensión arterial en los últimos 50 años. Participó en los grandes estudios que marcaron el rumbo y, por sobre todas las cosas, nos dejó un sinnúmero de discípulos que continuarán su obra. Profesor Zanchetti, todos los que tuvimos el honor de conocerlo le decimos gracias, y jamás lo olvidaremos.

El segundo evento de importancia fue la presentación de las últimas Guías Europeas de Hipertensión Arterial, muy esperadas luego de la publicación del año pasado de las Guías Americanas de la ACC y de la AHA. Estas últimas generaron un gran impacto en la comunidad médica internacional ya que consideran que una persona es hipertensa cuando tiene cifras de presión arterial mayores de 130/80 mm Hg. Con estos valores, podríamos afirmar que la mitad de los argentinos somos hipertensos y podríamos recibir tratamientos farmacológicos en forma innecesaria. El Consejo de la Sociedad Argentina de Cardiología marcó su posición al respecto, manteniendo los valores de 140/90 mm Hg para definir hipertensión, reafirmando lo expuesto en el último Consenso realizado en forma conjunta con la Federación Argentina de Cardiología y la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial.

Un punto importante de las nuevas Guías fue que no cambió nada con respecto a las del 2013 en cuanto a los valores de hipertensión. Además es destacable el énfasis que se pone en el diagnóstico de hipertensión arterial, con mediciones fuera del consultorio, ya sea con monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) o con monitorización domiciliar de la presión arterial (MDPA), fundamentalmente esta última para el seguimiento y la evaluación del control de la presión arterial por parte del paciente, convirtiéndolo en parte activa del cuidado de su salud.

Otro elemento, que no mostró grandes modificaciones con respecto a la guía anterior, fue mantener la evaluación del riesgo global para inicio y los objetivos terapéuticos. Sumado a esto, uno de los puntos más importantes hace referencia a los objetivos terapéuticos más bajos: en todos los pacientes la meta de presión arterial es menor de 140/90 mm Hg, mientras que, en los individuos de menos de 80 años, se consideran valores menores de 130/80 mm Hg, si son bien tolerados. Debe tenerse muy en cuenta este elemento, ya que, como ha sido demostrado, si la presión arterial es muy baja, los pacientes abandonan el tratamiento, exponiéndose a las consecuencias que ello implica.

Otro punto importante es indicar en todos los pacientes hipertensos, sin excepción, medidas para un estilo de vida saludable. Las recomendadas que han demostrado reducir la presión arterial son la restricción de sal, la moderación en el consumo de bebidas alcohólicas y el consumo elevado de frutas y verduras.

Por último, tal vez lo más importante e impactante, por las repercusiones clínicas que conlleva: la utilización de dos fármacos en dosis fijas en una píldora, como tratamiento inicial del paciente hipertenso. Está totalmente demostrado que la monoterapia ha fracasado en el control de la presión arterial. Un ejemplo de ello es que, en nuestro país, en los dos estudios realizados por la Sociedad Argentina de Cardiología (RENATA) y en conjunto con la Federación Argentina de Cardiología (RENATA 2) se utilizó monoterapia en el 73% de los casos, logrando un pésimo control de la presión arterial, que no alcanzó al 25% de los pacientes. La monoterapia está solamente indicada en pacientes con hipertensión de grado leve y de bajo riesgo.

De esta forma, el esquema adecuado sería:

Paso 1: tratamiento inicial basado en una terapia dual de un solo comprimido, ya sea un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) o un antagonista del receptor de angiotensina 2 (ARA 2) + un bloqueante cálcico o un diurético.

Paso 2: si no se controla, combinar en un solo comprimido un IECA o un ARA 2 + un bloqueante cálcico + un diurético.

Paso 3 - Hipertensión resistente: agregar espironolactona en dosis de 25 a 50 mg. Evaluar derivación a un especialista.

Estas nuevas guías realmente son diferentes, son prácticas y, fundamentalmente, logran lo más difícil: simplificar.

Simplifican el diagnóstico, estimulando el uso de la MAPA o la MDPA; modifican los objetivos terapéuticos basándose en tres grandes metanálisis publicados muy recientemente; y tal vez lo más revolucionario, simplifican el tratamiento, utilizando desde el principio combinaciones fijas para lograr un control la presión arterial rápido y estable.

Dr. Guillermo Fábregues



**Sociedad Iberoamericana  
de Información Científica**

**SIIC, Consejo de Dirección:**

Edificio Calmer,  
Arias 2624 (C1429DXT),  
Ciudad de Buenos Aires, Argentina  
Tel.: (54 11) 4702 1011  
comunicaciones@siic.salud.com  
www.siic.info

La presente serie de Quid Novi? (QN), exclusivamente dedicada al Congreso de la Sociedad Europea de Hipertensión, Barcelona 2018, fue propuesta y patrocinada por Laboratorios Gador S.A. Los textos que en esta publicación se editan expresan la opinión de los firmantes o de los autores que han redactado los artículos originales, por lo que se deslinda a Gador S.A. de toda responsabilidad al respecto. El Departamento Editorial de la Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC) reprodujo con fidelidad las opiniones personales y los conceptos científicos escritos por el corresponsal científico destacado en el evento. SIIC realizó la producción científica, literaria en castellano, la interpretación de lenguas extranjeras y la gráfica general de esta versión impresa. Colección Quid Novi? Registro Nacional de la Propiedad Intelectual en trámite. Hecho el depósito que establece la Ley N° 11723.

**BISOPIL® 2.5 - 5 - 10 mg:** comprimidos recubiertos. Venta bajo receta. **COMPOSICION:** Cada comprimido contiene bisoprolol fumarato 2.5 mg, 5 mg y 10 mg respectivamente y excipientes c.s. **ACCION TERAPEUTICA:** Agente beta-bloqueante, selectivo. **INDICACIONES:** Hipertensión. Angina de pecho. Tratamiento de la insuficiencia cardiaca crónica estable, con función ventricular sistólica izquierda reducida junto con inhibidores de la ECA y diuréticos, y opcionalmente, con digitálicos. **POSOLOGIA Y FORMA DE ADMINISTRACION:** Hipertensión / Angina de pecho: Adultos: Se recomienda iniciar el tratamiento con 5 mg al día. La dosis habitual es de 10 mg una vez al día con una dosis máxima recomendada de 20 mg al día. Pacientes de edad avanzada: Se recomienda iniciar el tratamiento con la menor dosis posible. Pacientes con insuficiencia renal o hepática: En pacientes con trastornos funcionales hepáticos o renales de leves a moderados, normalmente no es necesario ajustar la dosis del medicamento. En pacientes con insuficiencia renal grave (aclaramiento de creatinina < 20 ml/min) y en pacientes con insuficiencia hepática grave, la dosis no debe exceder de 10 mg una vez al día. Interrupción del tratamiento: El tratamiento con bisoprolol debe ser iniciado con un aumento gradual de la dosis de acuerdo con los siguientes pasos: 1,25 mg una vez al día durante una semana, si es bien tolerado aumentar a 2,5 mg una vez al día durante una semana más, si es bien tolerado aumentar a 3,75 mg una vez al día durante una semana más, si es bien tolerado aumentar a 5 mg una vez al día durante 4 semanas, si es bien tolerado aumentar a 7,5 mg una vez al día durante 4 semanas, si es bien tolerado aumentar a 10 mg una vez al día para la terapia de mantenimiento. La dosis máxima recomendada es de 10 mg una vez al día. Se recomienda una estrecha monitorización de los signos vitales (frecuencia cardiaca, presión arterial) y de los síntomas de empeoramiento de la insuficiencia cardiaca durante la fase de ajuste de la dosis. Modificación del tratamiento: Si la dosis máxima recomendada no se tolera bien, se puede considerar una disminución gradual de la dosis. En casos de empeoramiento pasajero de la insuficiencia cardiaca, hipotensión o bradicardia, se recomienda una reconsideración de la dosificación de la medicación concomitante. También puede ser necesario disminuir temporalmente la dosis de bisoprolol o considerar su interrupción. La reintroducción y/o el ajuste de dosis de bisoprolol se debe tener en cuenta siempre y cuando el paciente esté de nuevo estable. **CONTRAINDICACIONES:** Bisoprolol está contraindicado en: hipersensibilidad al principio activo o a alguno de los excipientes, insuficiencia cardiaca aguda o durante los episodios de descompensación de la insuficiencia cardiaca que requieran de tratamiento inotrópico i.v., shock cardiogénico, bloqueo AV de segundo o tercer grado (sin marcapasos), síndrome del nodo sinusal, bloqueo auriculoventricular, bradicardia, hipotensión, asma bronquial grave o enfermedad pulmonar obstructiva crónica grave, formas graves de oclusión arterial periférica avanzada y formas graves de síndrome de Raynaud, combinaciones con floctafenina y sultoprida, feocromocitoma no tratado, acidosis metabólica. **ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES:** El tratamiento con bisoprolol de la insuficiencia cardiaca crónica estable debe iniciarse con una fase de ajuste de dosis. La interrupción del tratamiento con bisoprolol no debe hacerse bruscamente a menos que esté claramente indicado, especialmente en pacientes con enfermedad cardiaca isquémica, ya que ello podría llevar a un empeoramiento transitorio del estado cardiaco. El inicio del tratamiento de la insuficiencia cardiaca crónica estable con bisoprolol precisa de una monitorización regular. Si se interrumpe bruscamente el tratamiento, existe riesgo de infarto de miocardio y muerte súbita en pacientes con cardiopatía isquémica. Bisoprolol debe utilizarse con precaución en pacientes con: hipertensión o angina de pecho acompañada de fallo cardiaco, broncoespasmo (asma bronquial, enfermedades respiratorias obstructivas). En el asma bronquial o en otras enfermedades pulmonares obstructivas crónicas que puedan causar sintomatología, deben administrarse broncodilatadores en forma concomitante. Ocasionalmente, puede producirse un incremento de la resistencia en las vías respiratorias en pacientes con asma, por lo que la dosis de los agonistas beta-2 puede tener que aumentarse, diabetes mellitus con amplias fluctuaciones de la glucemia, ya que pueden enmascararse los síntomas de la hipoglucemia (p. ej., taquicardia, palpitaciones o sudoración), ayuno prolongado, tratamientos de desensibilización en curso. Como otros beta-bloqueantes, bisoprolol puede aumentar tanto la sensibilidad frente a los alérgenos como la gravedad de las reacciones anafilácticas. El tratamiento con adrenalina no siempre da el resultado terapéutico esperado, bloqueo AV de primer grado, angina de Prinzmetal, enfermedad arterial periférica oclusiva (las molestias pueden verse acentuadas, especialmente al inicio del tratamiento), anestesia general. En pacientes sometidos a anestesia general, los beta-bloqueantes reducen la incidencia de arritmias e isquemia miocárdica durante la inducción anestésica, la intubación y el periodo post-operatorio. Actualmente, se recomienda mantener el tratamiento con beta-bloqueantes durante el periodo perioperatorio. El anestesista debe estar debidamente informado del tratamiento con beta-bloqueantes debido a la posibilidad de interacción con otros medicamentos que pudiera producir bradiarritmias, disminución de la taquicardia refleja y disminución de la capacidad para compensar pérdidas de sangre. Si se considera necesario suspender el tratamiento beta-bloqueante antes de la cirugía, se realizará de forma gradual y completa antes de las 48 horas previas a la anestesia. En pacientes con psoriasis o con antecedentes de psoriasis, la administración de beta-bloqueantes (p. ej., bisoprolol) se realizará tras evaluar cuidadosamente la relación riesgo-beneficio. Bisoprolol no debe administrarse en pacientes con feocromocitoma hasta haber instaurado previamente el tratamiento alfa-bloqueante. Durante el tratamiento con bisoprolol, los síntomas de una tirotoxicosis pueden quedar enmascarados. **REACCIONES ADVERSAS:** Trastornos cardíacos: Frecuentes: bradicardia en pacientes con insuficiencia cardiaca crónica, empeoramiento de la insuficiencia cardiaca en pacientes con insuficiencia cardiaca crónica. Ocasionales: alteraciones de la conducción AV, empeoramiento de la insuficiencia cardiaca (en pacientes con angina de pecho o hipertensión), bradicardia (en pacientes con angina de pecho o hipertensión). Raras: dolor de pecho. Trastornos vasculares: Frecuentes: sensación de frío o entumecimiento en las extremidades, hipotensión. Ocasionales: hipotensión ortostática. Trastornos psiquiátricos: Ocasionales: alteraciones del sueño, depresión. Raras: pesadillas, alucinaciones. Trastornos del sistema nervioso: Frecuentes: mareos, cefaleas. Raras: desmayo. Trastornos oculares: Raras: disminución de la producción de lágrimas (a tener en cuenta si el paciente utiliza lentes de contacto), conjuntivitis. Trastornos del oído y del laberinto: Raras: deterioro de la audición. Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos: Ocasionales: broncoespasmo en pacientes con asma bronquial o historia de obstrucción de vías aéreas. Raras: rinitis alérgica. Trastornos gastrointestinales: Frecuentes: molestias gastrointestinales como náuseas, vómitos, diarrea, y estreñimiento. Trastornos hepatobiliares: Raras: hepatitis. Trastornos de la piel y tejido subcutáneo: Raras: reacciones de hipersensibilidad (prurito, rubefacción, erupción cutánea), los beta-bloqueantes pueden causar o empeorar la psoriasis o inducir reacciones similares a la psoriasis, alopecia. Trastornos musculoesqueléticos y del tejido conjuntivo: Ocasionales: debilidad muscular y calambres. Trastornos del aparato reproductor y de la mama: Raras: trastornos de la potencia sexual. Trastornos generales y alteraciones en el lugar de

administración: Frecuentes: fatiga. Ocasionales: astenia (en pacientes con angina de pecho o hipertensión). Exploraciones complementarias: Raras: aumento de triglicéridos, aumento de enzimas hepáticas (ALAT, ASAT). Ante la presencia de eventos adversos agradeceremos comunicarse telefónicamente al 0800-220-2273 (CARE) o por mail a [farmacovigilancia@gador.com](mailto:farmacovigilancia@gador.com). PRESENTACIONES: **BISOPIL® 2.5, 5 y 10mg**: envases conteniendo 30 comprimidos. GADOR S.A. Darwin 429 - C1414CUI - Buenos Aires - Tel: (011) 4858-9000. Para mayor información, leer el prospecto completo del producto o consultar en [www.gador.com.ar](http://www.gador.com.ar). Fecha de última revisión ANMAT: Nov-2016

**GADOCOR® 5 - 10**: comprimidos. Venta bajo receta. COMPOSICION: Cada comprimido contiene nebivolol clorhidrato 5 mg y 10 mg respectivamente y excipientes c.s. ACCION TERAPEUTICA: Agente beta-bloqueante, selectivo. INDICACIONES: Hipertensión. Insuficiencia Cardíaca Crónica. POSOLOGIA Y FORMA DE ADMINISTRACION: Hipertensión. Adultos: La dosis es de un comprimido (5 mg) al día, preferentemente a la misma hora del día y puede ser tomado durante las comidas. El efecto de descenso de la presión arterial se hace evidente después de 1-2 semanas de tratamiento y en algunos casos, se alcanza el efecto óptimo tras 4 semanas de tratamiento. Combinación con otros agentes antihipertensivos: Los beta-bloqueantes pueden utilizarse solos o en combinación con otros agentes antihipertensivos, observándose hasta la fecha un efecto antihipertensivo adicional sólo combinando nebivolol 5 mg con hidroclorotiazida 12,5 - 25 mg. Insuficiencia cardiaca crónica: El tratamiento de la insuficiencia cardiaca crónica estable, sin insuficiencia aguda durante las últimas 6 semanas, debe iniciarse con un aumento gradual de la dosis hasta alcanzar la dosis óptima e individual de mantenimiento. La dosis de otros medicamentos cardiovasculares, incluyendo diuréticos y/o digoxina y/o IECAs y/o antagonistas de la angiotensina II, debe quedar establecida durante las 2 semanas previas al inicio del tratamiento con **GADOCOR®**. Según la tolerabilidad del paciente, el ajuste de la dosis inicial debe realizarse a intervalos semanales o bisemanales de la siguiente manera: Iniciar con 1,25 mg de nebivolol, incrementando a 2,5 mg de nebivolol una vez al día, continuando con 5 mg una vez al día y finalmente 10 mg una vez al día, siendo esta última la dosis máxima recomendada. Tanto el inicio de tratamiento como cada ajuste de dosis deberán ser supervisados por un médico experimentado, al menos 2 horas, para asegurar que el estado clínico (la frecuencia cardíaca, presión sanguínea, alteraciones de la conducción, signos de empeoramiento de la insuficiencia cardiaca) permanece estable. La aparición de ciertos acontecimientos adversos en los pacientes puede impedir que éstos reciban la dosis máxima recomendada. De ser necesario, la dosis alcanzada también puede disminuirse paso a paso y reintroducirse cuando se crea conveniente. Durante la fase de titulación, y en caso de empeoramiento de la insuficiencia cardiaca o intolerancia, se recomienda primero reducir la dosis de nebivolol, o interrumpirla inmediatamente de ser necesario (en caso de hipotensión severa, empeoramiento de la insuficiencia cardiaca con edema pulmonar agudo, shock cardiogénico, bradicardia sintomática o bloqueo auriculoventricular). No se recomienda interrumpir bruscamente el tratamiento con nebivolol, ya que esto podría llevar a un empeoramiento transitorio de la insuficiencia cardiaca. Si la interrupción resulta necesaria, la dosis semanal debe disminuirse gradualmente a la mitad. El tratamiento de la insuficiencia cardiaca crónica estable con nebivolol es generalmente un tratamiento de larga duración. Los comprimidos pueden ser tomados con las comidas. Poblaciones especiales. Pacientes con insuficiencia renal: No se requiere ajuste de dosis en insuficiencia renal leve a moderada en pacientes tratados por insuficiencia cardíaca, ya que la titulación hasta la dosis máxima tolerada se ajustará individualmente en cada paciente. No existe experiencia en pacientes con insuficiencia renal severa (creatinina sérica  $\geq 250 \mu\text{mol/L}$ ). Por lo tanto, el uso de nebivolol en estos pacientes no está recomendado. En pacientes que reciben tratamiento para la hipertensión con insuficiencia renal, la dosis inicial recomendada es 2,5 mg al día. De ser necesario, la dosis puede aumentarse a 5 mg. Pacientes con insuficiencia hepática: Los datos en pacientes con insuficiencia hepática son limitados. Por lo tanto, el uso de **GADOCOR®** en estos pacientes está contraindicado. Ancianos: No se requiere ajuste de dosis en pacientes tratados por insuficiencia cardíaca, ya que la titulación hasta la dosis máxima tolerada se ajustará individualmente en cada paciente. En pacientes mayores de 65 años y que reciben tratamiento para hipertensión, la dosis inicial recomendada es de 2,5 mg al día. De ser necesario se puede incrementar la dosis a 5 mg. En mayores de 75 años, dada la limitada experiencia en estos pacientes, se debe administrar con precaución y monitorizar en forma continua. Niños y adolescentes: No se han realizado estudios en niños y en adolescentes. Por lo tanto, no se recomienda el uso en niños y adolescentes. CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad al principio activo o a cualquiera de los compuestos del producto. Shock cardiogénico, insuficiencia cardiaca aguda o episodios de descompensación de la insuficiencia cardiaca que requieran tratamiento intravenoso con inotrópicos. Insuficiencia hepática o función hepática alterada. Como sucede con otros beta-bloqueantes, **GADOCOR®** está contraindicado en: Enfermedad del nodo sinusal, incluyendo bloqueo sinoauricular, Bloqueo cardíaco de segundo y tercer grado (sin marcapasos), Bradicardia (frecuencia cardiaca inferior a 60 latidos/minuto previo al inicio de la terapia). Hipotensión (presión arterial sistólica  $< 90 \text{ mmHg}$ ). Alteraciones graves de la circulación periférica Antecedentes de asma bronquial y broncoespasmo Feocromocitoma no tratado Acidosis metabólica. ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES: Las advertencias y precauciones, que se detallan a continuación, son aplicables a los beta-bloqueantes en general. Anestesia: Si se interrumpiera el bloqueo beta en la preparación de la cirugía, se deberá discontinuar el antagonista beta-adrenérgico al menos 24 horas antes. Ciertos anestésicos causan depresión miocárdica, por lo que se deberá tener especial precaución. Frente a reacciones vagales, se puede proteger al paciente, mediante la administración intravenosa de atropina. Cardiovasculares: Los Beta-bloqueantes no deben utilizarse en pacientes con insuficiencia cardiaca congestiva (ICC) no tratada, a menos que estén estabilizados. El inicio del tratamiento de la insuficiencia cardiaca crónica con nebivolol requiere una monitorización regular y la interrupción del tratamiento no debe realizarse bruscamente a menos que esté claramente indicado. El tratamiento con antagonistas beta-adrenérgicos en pacientes con cardiopatía isquémica, debe ser discontinuado gradualmente, p. ej. en 1-2 semanas. En el caso de ser necesario, el tratamiento de reemplazo debe iniciarse concomitantemente, para prevenir la exacerbación de la angina de pecho. Se debe reducir la dosis de los beta-bloqueantes, si el pulso desciende por debajo de 50 - 55 latidos/minuto en reposo y/o el paciente experimenta síntomas que sugieren una bradicardia, ya que éstos pueden inducir bradicardia. Emplear con precaución debido: al efecto negativo de los betabloqueantes en el tiempo de conducción, en pacientes con bloqueo cardíaco de primer grado; a vasoconstricción arterial coronaria mediada por el receptor alfa, en pacientes con angina de Prinzmetal: los beta-bloqueantes pueden incrementar el número y la duración de los ataques de angina; a un agravamiento de las alteraciones de la circulación periférica, en pacientes con síndrome o

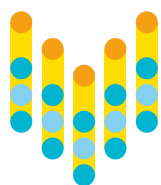


enfermedad de Raynaud, claudicación intermitente. Metabólicas/Endocrinas: **GADOCOR®** no afecta los niveles de glucosa en pacientes diabéticos, aunque se debe tener precaución en estos pacientes, ya que nebivolol puede enmascarar ciertos síntomas de hipoglucemia (taquicardia, palpaciones). En los pacientes con hipertiroidismo, los beta-bloqueantes pueden enmascarar los síntomas de taquicardia y la supresión brusca de la medicación puede aumentar la sintomatología. Respiratorias: Los antagonistas beta-adrenérgicos deben utilizarse con precaución en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica, ya que pueden incrementar la broncoconstricción. Otras precauciones: Este medicamento contiene lactosa. No deben tomar este medicamento los pacientes con intolerancia hereditaria a galactosa, insuficiencia de lactasa de Lapp o problemas de absorción de glucosa o galactosa. Los antagonistas beta-adrenérgicos pueden incrementar la sensibilidad frente a alérgenos y la gravedad de las reacciones anafilácticas. Sólo después de un estudio minucioso los pacientes con psoriasis podrán tomar beta-bloqueantes. REACCIONES ADVERSAS: Las reacciones adversas, que figuran a continuación, se enumeran separadamente para la hipertensión y para la insuficiencia cardíaca crónica debido a la diferente naturaleza de ambas enfermedades. Hipertensión Las reacciones adversas notificadas, que son en la mayoría de los casos de intensidad leve a moderado, se clasifican por órganos y sistemas y según su frecuencia: frecuentes ( $\geq 1/100$  a  $< 1/10$ ), ocasionales ( $\geq 1/1.000$  a  $\leq 1/100$ ) y raras ( $\leq 1/1.000$ ) y desconocidas. Trastornos psiquiátricos: Ocasionales: pesadillas, depresión. Trastornos del sistema nervioso: Frecuentes: vértigo, cefalea, parestesia. Raras: síncope. Desconocidas: confusión, alucinaciones, psicosis. Trastornos oculares: Ocasionales: visión alterada. Desconocidas: sequedad de ojos y toxicidad óculo-mucocutánea de tipo practolol. Trastornos cardíacos: Ocasionales: bradicardia, insuficiencia cardíaca, enlentecimiento de la conducción AV/bloqueo AV. Trastornos vasculares: Ocasionales: hipotensión, claudicación intermitente. Desconocidas: extremidades frías/cianóticas, fenómeno de Raynaud. Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos: Frecuentes: disnea. Ocasionales: broncoespasmo. Trastornos gastrointestinales: Frecuente: estreñimiento, náuseas, diarrea. Ocasionales: vómitos, dispepsia, flatulencia. Trastornos de la piel y del tejido subcutáneo: Ocasionales: prurito, rash eritematoso. Raras: agravamiento de la psoriasis. Trastornos del aparato reproductor y de la mama: Ocasionales: impotencia. Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración: Frecuentes: edema, cansancio. Trastornos del sistema inmunitario: Desconocida: edema angioneurótico e hipersensibilidad. Insuficiencia cardíaca crónica Las reacciones adversas más frecuentes con nebivolol fueron bradicardia y mareo. Otras descritas, posiblemente relacionadas con nebivolol, son empeoramiento de la insuficiencia cardíaca, hipotensión postural, bloqueo auriculoventricular de primer grado y edema de las extremidades inferiores. Ante la presencia de eventos adversos agradeceremos comunicarse telefónicamente al 0800-220-2273 (CARE) o por mail a farmacovigilancia@gador.com. PRESENTACIONES: **GADOCOR® 5 y 10**: estuches conteniendo 30 comprimidos. GADOR S.A. Darwin 429 - C1414CUI - Buenos Aires - Tel: (011) 4858-9000. Para mayor información, leer el prospecto completo del producto o consultar en [www.gador.com.ar](http://www.gador.com.ar). Fecha de última revisión ANMAT: Ago-2015

**OMECAP® 90**. Cápsulas blandas. Venta bajo receta. COMPOSICION: Cada cápsula blanda contiene Ácidos Omega 3 esteres etílicos al 90% 1000 mg y excipientes respectivamente. ACCION TERAPEUTICA: Hipolipemiante. INDICACIONES: Hipertrigliceridemia, Tratamiento adyuvante en la prevención secundaria tras un infarto de miocardio. POSOLOGIA Y FORMA DE ADMINISTRACION: Tras infarto de miocardio: Una cápsula diaria. Hipertrigliceridemia: Tratamiento inicial de dos cápsulas diarias. Si no se obtiene una respuesta adecuada, puede aumentarse la dosis a cuatro cápsulas diarias. CONTRAINDICACIONES: Hipersensibilidad al principio activo, a la soja o a algún otro de sus excipientes. ADVERTENCIAS Y PRECAUCIONES: Debido al aumento moderado del tiempo de hemorragia (con la dosis elevada, es decir, 4 cápsulas), debe monitorizarse a los pacientes que reciban tratamiento anticoagulante y ha de ajustarse la dosis de anticoagulante en caso de ser necesario. El uso de este medicamento no excluye la necesidad de vigilancia, generalmente necesaria en esta clase de pacientes. Debe considerarse el aumento del tiempo de hemorragia en pacientes con un alto riesgo de hemorragia (a causa de traumatismo grave, cirugía, etc.). Se dispone únicamente de información limitada con respecto al uso en pacientes con insuficiencia renal. En el caso de hipertrigliceridemia no se dispone de experiencia en cuanto a su combinación con fibratos. En pacientes con alteración hepática (en particular en los que reciban la dosis elevada, es decir, 4 cápsulas) es necesario una monitorización regular de la función hepática (AST y ALT). REACCIONES ADVERSAS: La frecuencia de las reacciones adversas se define como sigue: Frecuentes ( $>1/100$ ,  $<1/10$ ); Poco frecuentes ( $>1/1000$ ,  $<1/100$ ); Raros ( $>1/10000$ ,  $<1/1000$ ); Muy raros ( $>1/10000$ ), incluyendo notificaciones aisladas. Infecciones: Poco frecuentes: gastroenteritis. Trastornos del sistema inmunitario: Poco frecuentes: hipersensibilidad. Trastornos del metabolismo y de la nutrición: Raros: hiperglucemia. Trastornos del sistema nervioso: Poco frecuentes: mareo, disgeusia. Raros: cefalea. Trastornos vasculares: Muy raros: hipotensión. Trastornos respiratorios, torácicos y mediastínicos: Muy raros: sequedad nasal. Trastornos gastrointestinales: Frecuentes: dispepsia, náusea. Poco frecuentes: dolor abdominal, trastornos gastrointestinales, gastritis, epigastralgia. Raros: dolor gastrointestinal. Muy raros: hemorragia gastrointestinal baja. Trastornos hepato-biliares: Raros: alteraciones hepáticas. Trastornos de la piel y tejidos subcutáneos: Raros: acné, erupción pruriginosa. Muy raros: urticaria. Ante la presencia de eventos adversos agradeceremos comunicarse telefónicamente al 0800-220-2273 (CARE) o por mail a farmacovigilancia@gador.com. PRESENTACIONES: **OMECAP®90**: envases con 30 cápsulas blandas. GADOR S.A. Darwin 429 - C1414CUI - Buenos Aires. Tel: (011) 4858-9000. Para mayor información, leer el prospecto completo del producto o consultar en [www.gador.com.ar](http://www.gador.com.ar). Fecha de última revisión ANMAT: Jul-2016.

# 90

AHORA SUS PACIENTES CUENTAN CON LA MÁXIMA CONCENTRACIÓN DE OMEGA 3 <sup>(1)</sup>



## Omecap<sup>®</sup> 90

OMEGA 3 al 90%

Eficacia natural <sup>(2)</sup>



Cada cápsula blanda de **OMECAP<sup>®</sup> 90** contiene: Ácidos Omega 3 esteres etílicos al 90%

PRESENTACIÓN

**30**  
CÁPSULAS  
BLANDAS



REFERENCIAS: 1. Prospecto de Omecap<sup>®</sup> 90. Fecha de última revisión de ANMAT Julio-2016. 2. GISSI-Prevenzione Investigators. Dietary supplementation with n-3 polyunsaturated fatty acids and vitamin E after myocardial infarction: results of the GISSI-Prevenzione trial. Lancet 1999; 354:447-55

NUEVO

# Bisopil®

Bisoprolol 2,5 - 5 - 10 mg

CARDIOSELECTIVO DE AMPLIA COBERTURA<sup>1</sup>



<p>Posee <b>alta selectividad</b> por los receptores <math>\beta_1^2</math></p>	<p><b>Disminuye la presión arterial</b> de manera rápida y eficaz<sup>3</sup></p>	<p>Está indicado en <b>pacientes diabéticos compensados y/o con dislipemias</b><sup>4,5,6</sup></p>	<p><b>Reduce las hospitalizaciones</b> por agravamiento de IC<sup>1</sup></p>

1 TOMA DIARIA



Presentaciones: 2,5 - 5 - 10 mg x 30 comprimidos

MOLÉCULA APROBADA POR EMA Y FDA



GADOR EN CARDIOLOGÍA

Para más información sobre BISOPIL® visite [www.gador.com.ar](http://www.gador.com.ar)

Gador   
Al Cuidado de la Vida

1. CIBIS-II Investigators and Committees. The Cardiac Insufficiency Bisoprolol Study II (CIBIS-II): a randomised trial. Lancet 1999; 353: 9-13. 2. Zhou WJ, Wang RY, Li Y, et al. A randomized controlled study on the effects of bisoprolol and atenolol on sympathetic nervous activity and central aortic pressure in patients with essential hypertension. PLoS One. 2013 Sep 10;8(9):e72102. 3. Krämer B, Balser J, Stubbig K, Krämer G, Kübler W. Comparison of bisoprolol with other beta-adrenoceptor blocking drugs. J Cardiovasc Pharmacol. 1986;8 Suppl 11:S46-57. 4. Janka HU, Ziegler AG, Disselhoff G, Mehnert H. Influence of bisoprolol on blood glucose, glucosuria, and haemoglobin A1i in noninsulin-dependent diabetics. J Cardiovasc Pharmacol. 1986; 8 Suppl 11:596-9. 5. Owada A, Suda S, Hata T, Miyake S. The effects of bisoprolol, a selective beta1-blocker, on glucose metabolism by long-term administration in essential hypertension. Clin Exp Hypertens. 2001 May; 23(4):305-16. 6. Frithz G, Weiner L. Effects of bisoprolol on blood pressure, serum lipids and HDL-cholesterol in essential hypertension. Eur J Clin Pharmacol. 1987;32(1):77-80.