

Destacados del Simposio

Congreso

ESH2022



**¿Deberíamos tratar
la hipertensión o
deberíamos tratar
a los pacientes?**



**Prof Alta
Schutte**
Australia



**Prof Bryan
Williams**
Reino Unido



**Prof Jacek
Wolf**
Polonia



**Prof Anna Maria
Vintila**
Rumania

SERVIER 
moved by you

Introducción Prof B. Williams, Reino Unido

Los datos estadísticos que surgen del análisis de la Carga Global de Enfermedades realizado en 2019 (*Figura 1*) son "bastante deprimentes". En general, la hipertensión sigue siendo el principal factor de riesgo modificable para enfermedad cardiovascular.¹ Se estima además que la hipertensión será el principal factor que contribuirá a los años de vida perdidos hasta el 2024 como mínimo.²

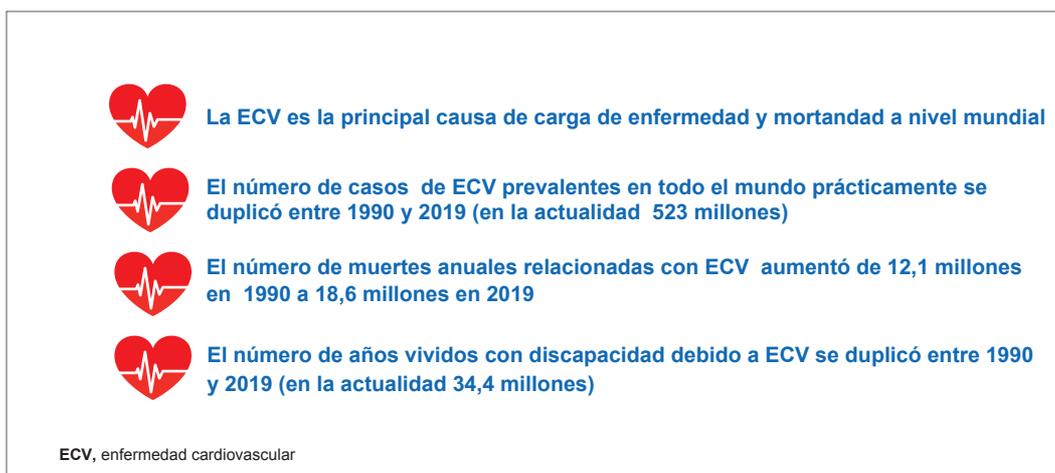


Figura 1. Estadísticas sobre enfermedad cardiovascular del análisis de la Carga Global de Enfermedades.

Referencia posterior 1: Roth GA et al. *J Am Coll Cardiol.* 2020;76:2982-3021.

La doble contribución tanto de la enfermedad aterosclerótica como de los cambios estructurales al riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos es muy importante. El profesor B. Williams señaló que la mayoría de las evaluaciones de riesgo actuales se centran en el riesgo aterosclerótico, mientras que en gran medida se pasan por alto los cambios estructurales, lo que coloca a los pacientes hipertensos en una desventaja significativa. Además, el problema de los "silos clínicos" implica que con frecuencia no existe un abordaje integral para el manejo del riesgo cardiovascular.

Múltiples comorbilidades aumentan de manera sustancial el riesgo de enfermedades cardiovasculares, y la mayoría de los pacientes hipertensos también tienen otros factores de riesgo que en su conjunto multiplican el riesgo cardiovascular.³ El Prof. B. Williams indicó que el manejo del factor de riesgo en hipertensión debería cambiar de "¿cómo reduzco la presión arterial de mi paciente?" a "¿cómo reduzco el riesgo de enfermedad cardiovascular de mi paciente?"

Si bien existen muchas guías que informan sobre el manejo clínico de pacientes con hipertensión y enfermedad cardiovascular, el Prof. B. Williams sugirió que en realidad hay demasiadas guías.

Afirmó que los documentos actuales son muy académicos, no pragmáticos, y con frecuencia impenetrables, con cero foco en la implementación y en el impacto en la población. *"Perdimos nuestro norte en el desarrollo de guías y nos olvidamos de que el foco es el paciente,"* subrayó.

Un factor importante que contribuye al fracaso actual del abordaje adecuado de la carga de la enfermedad cardiovascular es que los procesos patogénicos comienzan mucho antes de lo que comúnmente se reconoce, mientras que las intervenciones se inician demasiado tarde y no son lo suficientemente agresivas. Además, cuando se trata un factor de riesgo (como la hipertensión, otros factores de riesgo (como la hiperlipidemia no se tratan en forma automática. Tampoco existe una estrategia en torno a la implementación de la guía, la educación del paciente y la creación de mensajes que sean accesibles para los pacientes. El profesor B. Williams destacó la falta de participación y empoderamiento de los pacientes en muchas de las etapas que forman parte del proceso hacia la prevención de enfermedades cardiovasculares y la reducción del riesgo cardiovascular. Es necesario mejorar esto (Figura 2.

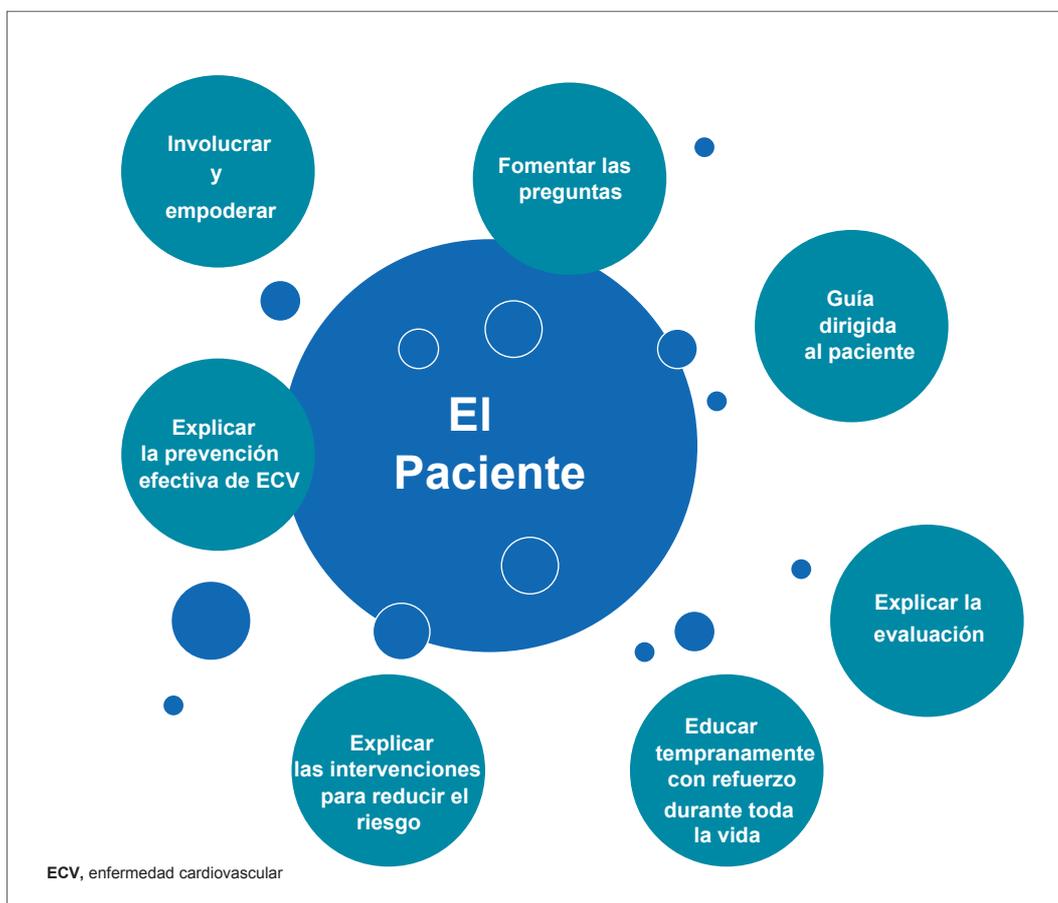


Figura 2. Participación del paciente para afrontar la carga de la enfermedad cardiovascular.

“Tratar sólo un factor de riesgo, como la hipertensión, nunca será suficiente para lograr un óptimo manejo del riesgo cardiovascular”

Prevencción del riesgo: ¿necesitamos un nuevo abordaje? Prof J. Wolf, Polonia

Todas las guías vigentes sobre la prevención de la enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ECVAS) en la práctica clínica recomiendan evaluar el riesgo total. Sin embargo, el Prof. J. Wolf indicó que esto puede representar un desafío en la práctica clínica diaria debido al gran número de factores que contribuyen al riesgo de enfermedad cardiovascular.

Existe una serie de herramientas que permiten calcular la evaluación del riesgo cardiovascular (por ejemplo SCORE, el estimador de riesgo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica [ASCVD] y los gráficos basados en Framingham) que calculan el riesgo de muerte y de eventos no fatales; estas herramientas tienen un componente práctico. Además del riesgo evaluado con estas herramientas, también es importante tener en cuenta la exposición a los factores de riesgo cardiovascular a lo largo de la vida, ya que esto refleja mejor el riesgo general.⁴ Al momento de evaluar el riesgo cardiovascular de un determinado paciente, la última guía de la Sociedad Europea de Cardiología para la prevención de enfermedades cardiovasculares en la práctica clínica también considera el país de residencia.⁵

Por medio de la descripción de un caso de un paciente masculino con múltiples factores de riesgo cardiovascular y comorbilidades, el Prof. J. Wolf sugirió que introducir al mismo tiempo todas las medidas necesarias rara vez logra buenos resultados. Por el contrario, recomendó centrarse en "la opción más factible" que pueda reducir el riesgo cardiovascular de manera sustancial en un período de tiempo relativamente corto. Esto podría incluir la reducción tanto de los niveles de presión arterial (PA) como de colesterol, lo que ha demostrado reducir el riesgo cardiovascular mucho más que cuando se apunta a cada factor de riesgo por separado.⁶

Uso de CDFs para apuntar a múltiples factores de riesgo cardiovascular

Existe una buena documentación de los beneficios de las combinaciones a dosis fijas (CDFs) para mejorar el riesgo cardiovascular. Por ejemplo, en contextos de prevención primaria, los pacientes con niveles de colesterol de lipoproteína de baja densidad (LDL) y PA altos que se manejaron con una CDF que contenía uno o más agentes de reducción de la PA y una droga para la reducción de los niveles de lípidos, mostraron mejores resultados en

términos de ocurrencia de endpoints compuestos de eventos cardiovasculares (muerte cardiovascular, infarto de miocardio, ACV o revascularización) (Tabla I).⁷

	Reducción de riesgo con CDF vs control	
	Cociente de riesgo (IC 95)	Valor P
Eventos cardiovasculares compuestos *	0.68 (0.57-0.81)	<0.0001
Infarto de miocardio	0.59 (0.39-0.88)	0.01
ACV	0.62 (0.44-0.86)	0.004
Revascularización	0.55 (0.37-0.81)	0.002
Muerte cardiovascular	0.73 (0.57-0.93)	0.01

* Infarto de miocardio, ACV, revascularización, muerte cardiovascular. CDF, combinación a dosis fija

Tabla I. Reducción del riesgo cardiovascular con una CDF que contiene ≥ 1 antihipertensivo y un agente para disminución de lípidos (Datos de la referencia 7: Joseph P et al. *Lancet*. 2021;398:1133-1146).

Para finalizar, el Prof. J. Wolf destacó la importancia de medir objetivamente el riesgo cardiovascular utilizando las herramientas de cálculo disponibles. Sugirió que la combinación de la evaluación del riesgo y las reevaluaciones periódicas pueden ayudar a los profesionales de la salud y a los pacientes a tomar decisiones compartidas, y que inicialmente se debe centrar la atención en aquellos cambios que darán el mayor beneficio en términos de reducción del riesgo cardiovascular.

Abordaje holístico en el manejo de pacientes hipertensos

Prof A.M. Vintila, Rumania

La Prof. Adjunta A.M. Vintila comenzó su presentación describiendo un caso clínico en el que destacó el hecho de que los factores de riesgo cardiovascular rara vez se presentan de manera aislada. Por el contrario, ocurren y tienen un impacto sobre el riesgo cardiovascular de manera conjunta. Una mayor carga de los factores de riesgo está asociada a un mayor riesgo de eventos cardiovasculares.⁸ Por esa razón es necesario que los médicos traten al paciente y no sólo la presión arterial (PA), dijo la Profesora.

“ La presencia y el impacto de múltiples factores de riesgo cardiovascular significa que los médicos necesitan tratar al paciente, no sólo su presión arterial ”

Si bien se deben abordar y tratar todos los factores de riesgo, uno de los problemas actuales es que cada problema médico o factor de riesgo se aborda utilizando un amplio conjunto de guías específicamente enfocadas, las cuales incluso pueden brindar recomendaciones contradictorias.

Aunque de acuerdo con la mayoría de las guías de hipertensión el uso de una combinación a dosis fija (CDF) es el pilar de la terapia, muchas de ellas difieren en su interpretación de la evidencia disponible sobre el uso de inhibidores de la renina-angiotensina-aldosterona (SRAA) (Tabla II).

ESC/ESH ⁹	ISH ¹⁰	Canadiense ¹¹
No existe diferenciación entre el uso de un inhibidor de la ECA o un ARA II para el componente del SRAA de la terapia	Los beneficios de los inhibidores de la ECA y los ARA II en los estudios clínicos son diferentes; la elección entre estas dos clases de drogas dependerá de las características del paciente, la disponibilidad, el costo y la tolerabilidad	Se prefiere los inhibidores de la ECA por sobre los ARA II en pacientes con ECV (si se los combina con un BCC), IM reciente, insuficiencia cardíaca, post ACV o AIT, o ERC

AIT, ataque isquémico transitorio; ARA II, antagonista del receptor de la angiotensina; BCC, bloqueante del canal de calcio; ECA, enzima de conversión de la angiotensina; ECV, enfermedad cardiovascular; ERC, enfermedad renal crónica; IM, infarto de miocardio; ESC, European Society of Cardiology; ESH, European Society of Hypertension; ISH, International Society of Hypertension; SRAA, sistema renina angiotensina aldosterona;

Tabla II. Distintas recomendaciones sobre el uso de inhibidores del SRAA en pacientes hipertensos.

Estas discrepancias también se encuentran presentes al considerar qué inhibidor del SRAA debería usarse en un paciente con hipertensión y pre-diabetes o diabetes. Una vez más, las guías europeas de hipertensión no expresan una preferencia hacia un inhibidor de la enzima de conversión de la angiotensina (ECA) o un antagonista del receptor de la angiotensina (ARA II),⁹ mientras que las guías de la Sociedad Europea de Cardiología y de la Asociación Europea para el Estudio de la Diabetes expresan su preferencia hacia un inhibidor de la ECA e indican que un ARA II sólo debería usarse en caso de intolerancia a un inhibidor de la ECA.¹² Esta última recomendación se basa en datos que muestran protección cardiovascular y renal con un régimen en base a perindopril en el estudio ADVANCE (*Action in Diabetes and Vascular Disease: Preterax and Diamicron Modified Release Controlled Evaluation*),^{13,14} pero protección renal sin cardioprotección en estudios con regímenes en base a ARA II en pacientes diabéticos.^{15,16}

De manera similar, en pacientes que sufren tanto hipertensión como enfermedad de las arterias coronarias, las guías europeas de hipertensión no expresan una preferencia por el tipo de inhibidor de la SRAA⁹, mientras que en las guías de la Sociedad Europea de Cardiología de 2019 para síndromes

coronarios crónicos se prefiere un inhibidor de la ECA por sobre un ARA II.¹⁷ La Prof. Adjunta A.M. Vintila dijo que esto último tenía sentido dado el sólido conjunto de pruebas que respaldan el uso de inhibidores de la ECA en pacientes con enfermedad de las arterias coronarias.¹⁸⁻²² Por el contrario, en el Estudio TRASCEND (*Telmisartan Randomized Assessment Study in Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitor-Intolerant Patients with Cardiovascular Disease*), telmisartán 80 mg/día no logró reducir la aparición de endpoints compuestos de eventos cardiovasculares (muerte cardiovascular, infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, hospitalización relacionada con insuficiencia cardíaca) frente a placebo.²³ Toda la evidencia para los dos distintos tipos de inhibidores del SRAA también difiere sustancialmente en pacientes con insuficiencia cardíaca con fracción de eyección reducida (HFrEF), donde se ha documentado un beneficio uniforme con los inhibidores de la ECA,^{19,24,25} pero no con los ARA II.²⁶

En conclusión, la hipertensión arterial es una enfermedad que incluye muchas caras dado que hay múltiples mecanismos involucrados, muchas comorbilidades y muchas complicaciones. Por lo tanto, es importante aplicar la fisiopatología para guiar el tratamiento. Se necesita primero tener un perfil completo del paciente, para luego centrarse en las guías más relevantes, recordando que en muchos escenarios clínicos se prefieren los inhibidores de la ECA por sobre los ARA II. Finalmente, es importante hacer foco en la protección del órgano target para el corazón, el riñón y el cerebro.

“Un paciente que presente hipertensión a menudo tendrá otros factores de riesgo cardiovascular”

Conclusión

Prof A. Schutte, Australia

El riesgo cardiovascular es un proceso gradual y progresivo de origen multifactorial, con un impacto combinado de distintos factores de riesgo. Es por eso que es mucho mejor detectar, manejar y tratar los factores de riesgo en forma temprana para prevenir una enfermedad futura, pero esto no es lo que sucede en la actualidad. En base a las presentaciones realizadas durante el simposio, la Prof. A. Schutte destacó los desafíos que presentan las guías específicas de la enfermedad en el caso de pacientes con múltiples comorbilidades. Se preguntó qué se podría simplificar para tratar a los pacientes de manera más efectiva. Los puntajes de riesgo cardiovascular son útiles, pero no siempre se los utiliza y están bajo actualización permanente. Además, no están diseñados para ser usados en pacientes más jóvenes, que es el grupo donde tenemos la oportunidad de intervenir en forma temprana para prevenir la enfermedad cardiovascular.

“El buen médico trata la enfermedad; el gran médico trata al paciente que tiene la enfermedad - Sir William Osler

En el futuro será importante considerar al paciente como un todo. En la actualidad existen brechas entre las guías específicas de la enfermedad y la práctica del mundo real. Es por eso que se deben considerar las guías globales para pacientes con comorbilidades. Además, se deben desarrollar nuevas guías en colaboración con las comunidades de pacientes. En general, se necesitan acciones tendientes a mejorar la detección temprana y la prevención de las enfermedades cardiovasculares.

“ Es mucho mejor detectar, manejar y tratar los factores de riesgo en forma temprana para prevenir una enfermedad futura

SESIÓN DE P&R

En su experiencia, dada la falta de tiempo durante la práctica diaria, ¿cómo evaluamos el riesgo para poder cuidar al paciente en forma holística y qué sugiere?

El **Prof. J. Wolf** recomendó el uso de las herramientas disponibles en la web para calcular el riesgo, ya que no lleva mucho tiempo completarlas y el resultado se obtiene en forma rápida. El **Prof. B. Williams** comentó que creía que estamos en la cúspide de un cambio en la medicina. A medida que salimos de la pandemia, los hospitales y los médicos están muy ocupados tratando en forma retrasada aquellos problemas médicos que no fueron tratados debidamente durante 2 años, y existe el peligro de que se deje de lado el manejo de la enfermedad crónica. Por eso se necesita un abordaje sistemático que involucre la atención basada en la comunidad en lugar de visitas al hospital. La evaluación integrada de riesgos es el camino hacia el futuro, agregó. La **Profesora Adjunta A.M. Vintila** dijo a los delegados que la mayoría de los pacientes que acuden a los médicos tienen un riesgo cardiovascular alto o muy alto. Por lo tanto, probablemente se necesite un tratamiento agresivo. En pacientes más jóvenes (edad <40 años), los médicos deben evaluar el riesgo más a fondo y buscar problemas ocultos (por ej., calcificación y factores de riesgo metabólicos). El **Prof. B. Williams** señaló que el foco del simposio fue que los pacientes por lo general corren un mayor riesgo de lo que los médicos creen. También alentó el uso de rutina de estatinas en pacientes hipertensos.

¿Por qué no hay una diferenciación entre los inhibidores de la ECA y los ARA II en las guías europeas de hipertensión?

El **Prof B. Williams** dijo que se está promoviendo un abordaje más basado en el consenso y que los médicos tomarán la decisión final sobre qué clase de agentes utilizarán basándose en la evidencia. La **Prof. Adjunta A.M. Vintila** respondió que la hipertensión es una enfermedad heterogénea, por eso las guías son más generales al tener en cuenta la variedad de pacientes que se encuentran en la práctica diaria. No existe una única receta. La clave es elegir el agente adecuado en función de la presencia/ausencia de comorbilidades. En una nueva intervención, el **Profesor B. Williams** dijo que en lugar de ver el tratamiento de la hipertensión desde la perspectiva de lo que la medicina puede hacer por este paciente, tal vez un mejor abordaje sea verlo desde la perspectiva del paciente. Sugirió que los pacientes deberían participar a nivel de políticas y en el desarrollo de guías. Esto no sucede en la actualidad. *“Ha llegado el momento de un abordaje mucho más radical”*, concluyó

Referencias

1. Roth GA, Mensah GA, Johnson CO, et al. Global burden of cardiovascular diseases and risk factors, 1990-2019: Update From the GBD 2019 Study. *J Am Coll Cardiol.* 2020;76:2982-3021.
2. Foreman KJ, Marquez N, Dolgert A, et al. Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016-40 for 195 countries and territories. *Lancet.* 2018;392:2052-2090.
3. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, et al. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet.* 2004;364:937-952.
4. Berry JD, Dyer A, Cai X, et al. Lifetime risks of cardiovascular disease. *N Engl J Med.* 2012;366:321-329.
5. Visseren FLJ, Mach F, Smulders YM, et al. 2021 ESC Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. *Eur Heart J.* 2021;42:3227-3337.
6. Ference BA, Bhatt DL, Catapano AL, et al. Association of genetic variants related to combined exposure to lower low-density lipoproteins and lower systolic blood pressure with lifetime risk of cardiovascular disease. *JAMA.* 2019;322:1381-1391.
7. Joseph P, Roshandel G, Gao P, et al. Fixed-dose combination therapies with and without aspirin for primary prevention of cardiovascular disease: an individual participant data meta-analysis. *Lancet.* 2021;398:1133-1146.
8. Landsberg L, Aronne LJ, Beilin LJ, et al. Obesity-related hypertension: pathogenesis, cardiovascular risk, and treatment: a position paper of The Obesity Society and the American Society of Hypertension. *J Clin Hypertens. (Greenwich)* 2013;15:14-33.
9. Williams B, Mancia G, Spiering W, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J.* 2018;39:3021-3104.
10. Unger T, Borghi C, Charchar F, et al. 2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines. *Hypertension.* 2020;75:1334-1357.

11. Rabi DM, McBrien KA, Sapir-Pichhadze R, et al. Hypertension Canada's 2020 comprehensive guidelines for the prevention, diagnosis, risk assessment, and treatment of hypertension in adults and children. *Can J Cardiol.* 2020;36:596-624.
12. Cosentino F, Grant PJ, Aboyans V, et al. 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD. *Eur Heart J.* 2020;41:255-323.
13. Patel A, MacMahon S, Chalmers J, et al. Effects of a fixed combination of perindopril and indapamide on macrovascular and microvascular outcomes in patients with type 2 diabetes mellitus (the ADVANCE trial): a randomised controlled trial. *Lancet.* 2007;370:829-840.
14. Zoungas S, Chalmers J, Neal B, et al. Follow-up of blood-pressure lowering and glucose control in type 2 diabetes. *New Engl J Med.* 2014;371:1392-1406.
15. Haller H, Ito S, Izzo JL, et al. Olmesartan for the delay or prevention of microalbuminuria in type 2 diabetes. *New Engl J Med.* 2011;364:907-917.
16. Brenner BM, Cooper ME, de Zeeuw D, et al. Effects of losartan on renal and cardiovascular outcomes in patients with type 2 diabetes and nephropathy. *New Engl J Med.* 2001;345:861-869.
17. Knuuti J, Wijns W, Saraste A, et al. 2019 ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes. *Eur Heart J.* 2020;41:407-477.
18. Fox KM. Efficacy of perindopril in reduction of cardiovascular events among patients with stable coronary artery disease: randomised, double-blind, placebo-controlled, multicentre trial (the EUROPA study). *Lancet.* 2003;362:782-788.
19. SOLVD Investigators. Effect of enalapril on survival in patients with reduced left ventricular ejection fractions and congestive heart failure. *New Engl J Med.* 1991;325:293-302.
20. Pfeffer MA, Braunwald E, Moyé LA, et al. Effect of captopril on mortality and morbidity in patients with left ventricular dysfunction after myocardial

- infarction. Results of the Survival and Ventricular Enlargement trial. The SAVE Investigators. *N Engl J Med.* 1992;327:669-677.
21. AIRE Study Investigators. Effect of ramipril on mortality and morbidity of survivors of acute myocardial infarction with clinical evidence of heart failure. The Acute Infarction Ramipril Efficacy (AIRE) Study Investigators. *Lancet.* 1993;342:821-828.
 22. Køber L, Torp-Pedersen C, Carlsen JE, et al. A clinical trial of the angiotensin-converting-enzyme inhibitor trandolapril in patients with left ventricular dysfunction after myocardial infarction. Trandolapril Cardiac Evaluation (TRACE) Study Group. *N Engl J Med.* 1995;333:1670-1676.
 23. Yusuf S, Teo K, Anderson C, et al. Effects of the angiotensin-receptor blocker telmisartan on cardiovascular events in high-risk patients intolerant to angiotensin-converting enzyme inhibitors: a randomised controlled trial. *Lancet.* 2008;372:1174-1183.
 24. CONSENSUS Trial Study Group. Effects of enalapril on mortality in severe congestive heart failure. Results of the Cooperative North Scandinavian Enalapril Survival Study (CONSENSUS). *N Engl J Med.* 1987;316:1429-1435.
 25. Packer M, Poole-Wilson PA, Armstrong PW, et al. Comparative effects of low and high doses of the angiotensin-converting enzyme inhibitor, lisinopril, on morbidity and mortality in chronic heart failure. ATLAS Study Group. *Circulation.* 1999;100:2312-2318.
 26. Cohn JN, Tognoni G. A randomized trial of the angiotensin-receptor blocker valsartan in chronic heart failure. *New Engl J Med.* 2001;345:1667-1675.

Confidencial - Para ser adaptado y aprobado a nivel local antes de su uso local.
Preparado por Casa Matriz