

ACADEMIA SERVIER DE HIPERTENSIÓN LO MÁS DESTACADO...

2 DE JULIO, 2022,
CIUDAD DE MÉXICO

SERVIER
Academy
for
HYPERTENSION

In Latin America
and Caribbean

El último 2 de julio se realizó en la Ciudad de México La Academia Servier para Hipertensión, un evento destinado a médicos de Latinoamérica. He aquí los comentarios más relevantes de dicho encuentro.

CONTEXTO GLOBAL

Existen en el mundo más de 1.130 millones de personas hipertensas, más de 700 millones no están tratados.

Solo una de cada 5 personas tiene las cifras de presión bajo control.

La hipertensión arterial mata a más de 10 millones de individuos cada año en el mundo, más que cualquier otra enfermedad y que la suma de todas las enfermedades infecciosas.

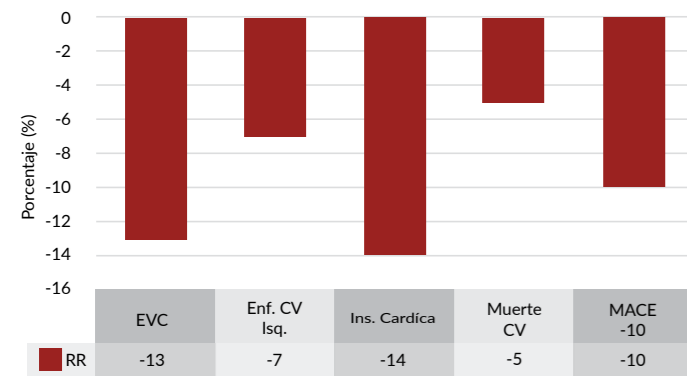
De todas las intervenciones en prevención primaria en el adulto, la mejoría en el manejo de la hipertensión tiene el mayor potencial de salvar muchas vidas.

Extender el tratamiento de la hipertensión al 70% de la población mundial podría prolongar la vida de 39.4 millones de personas.

La presión arterial elevada es una causa líder de muerte prematura, disminuye en promedio 5 años la expectativa de vida y afecta la calidad de vida.

El tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial es la principal estrategia para prolongar la vida y atenuar las complicaciones de la hipertensión.

Por cada 5 mmHg de descenso en la presión arterial sistólica, independientemente del valor inicial, o de su condición primaria o secundaria, se obtienen marcadas reducciones del riesgo cardiovascular.



Lancet 2021; 397: 1625-36

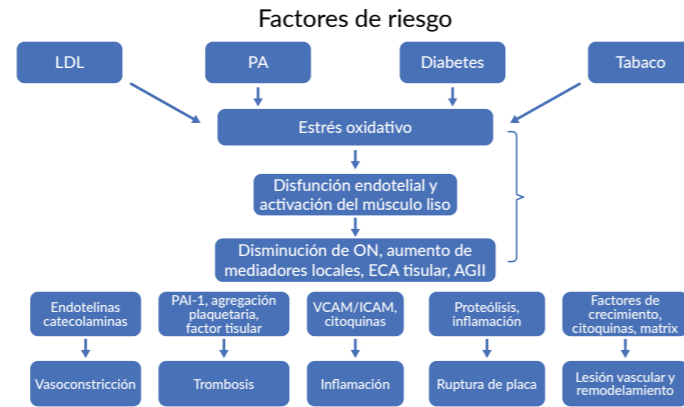
LA SITUACIÓN EN LATINOAMÉRICA

Una encuesta realizada en el May Measurement Month 2019 (MMM-19) en adultos mayores de 18 años reportó que en particular en Latinoamérica el 41,2% de la población adulta era hipertensa, que solo el 73% conocía su condición, que el 69,7% recibían tratamiento, que el 61,2% de los medicados estaba controlado y que solo el 42,6% de toda la población de hipertensos estaba controlado.

ROL DEL ENDOTELIO

La suma de los distintos factores de riesgo (hipertensión, aumento del c-LDL, diabetes, tabaquismo y otros) llevan a un proceso denominado estrés oxidativo, un desequilibrio entre la producción de especies reactivas del oxígeno llamados radicales libres y la capacidad antioxidante para neutralizar el daño de estos productos.

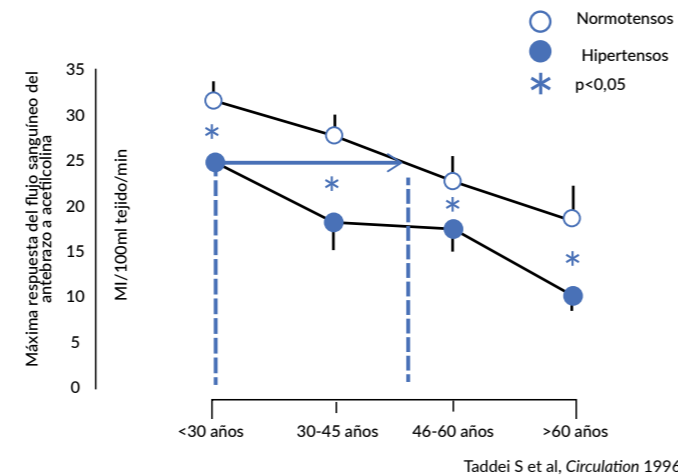
Esta disfunción endotelial ocurre junto con la activación del músculo liso vascular llevando a una menor producción de óxido nítrico y un aumento de sustancias vasoconstrictoras e inflamatorias cuyo producto final será la vasoconstricción, trombosis, inflamación, ruptura de placa, daño vascular y remodelado, provocando como resultado final una secuela clínica.



Modificado de Dzau & Braunwald 1991

Por lo tanto, un endotelio agredido tendrá reducida su disponibilidad de óxido nítrico (predominan las sustancias vasoconstrictoras por sobre las vasodilatadoras), estará inflamado y envejecerá más rápido.

Existe mucha evidencia de la relación entre la hipertensión arterial y el envejecimiento prematuro del endotelio evidenciado en estudios en los que se evaluó la modificación del flujo sanguíneo del antebrazo por pletismografía en respuesta a la infusión de acetilcolina.

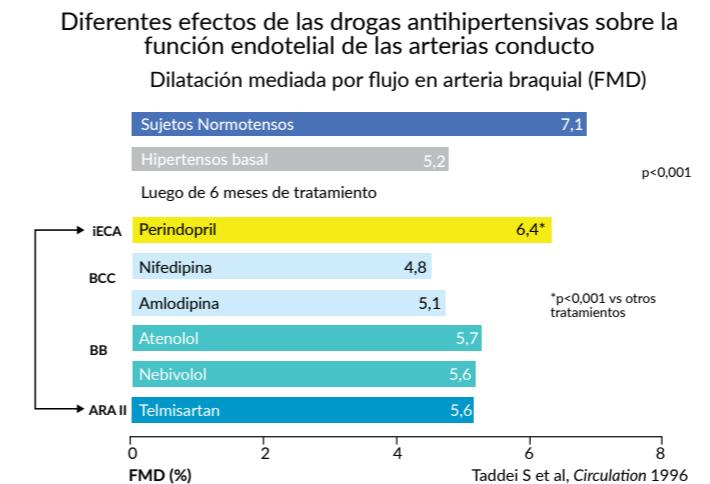


La angiotensina II juega un papel central en el desarrollo de la disfunción endotelial y la aterosclerosis al favorecer la producción de especies reactivas del oxígeno, sustancias inflamatorias, pro-agregantes, vasoconstrictoras y de proliferación vascular; por otro lado disminuye la producción de óxido nítrico provocando un proceso que resulta en más inflamación, más estrés oxidativo y más remodelamiento tisular con un mayor deterioro en el funcionamiento del endotelio.

Las drogas que actúan bloqueando el sistema renina angiotensina atenúan este efecto perjudicial sobre el endotelio.

En un estudio que evaluó la vasodilatación dependiente del endotelio en arterias periféricas comparando diferentes drogas antihipertensivas se llegó a la

conclusión que si bien todos los agentes lograban disminuir la presión arterial y que el perindopril junto al telmisartán, nifedipina y amlodipina reducían el estrés oxidativo y aumentaban la capacidad antioxidante del plasma, fue solo el perindopril el que había logrado obtener vasodilatación dependiente del endotelio en conductos arteriales en sujetos hipertensos.



Este efecto del perindopril junto a otros beneficios cardioprotectores parecerían estar ligados principalmente al aumento de la señalización y producción de bradiquininas.

Son propiedades del perindopril demostradas con evidencia científica, la mejoría de la disfunción endotelial periférica y coronaria, el aumento de células progenitoras endoteliales, la disminución del remodelamiento de las pequeñas arterias, la disminución de la velocidad de la onda de pulso, la mejoría en las condiciones de distensibilidad carotídea, la disminución de la apoptosis y la reducción de la formación de la placa aterosclerótica.

DIURÉTICOS TIAZIDÍCOS Y SÍMILES.

Tanto las tiazidas (hidroclorotiazida, clorotiazida, bendroflumetiazida) como las simil tiazidas (clortalidona, indapamida) pertenecen al mismo grupo de diuréticos en virtud de que comparten ciertas semejanzas, especialmente el mecanismo de acción sobre el tubo contorneado distal.

Hoy la evidencia nos indica que estas dos últimas drogas (clortalidona, indapamida) han superado ampliamente a la hidroclorotiazida, la tiazida más usada en el mundo.

La principal ventaja de las simil tiazidas versus la hidroclorotiazida radica en la potencia antihipertensiva y en la duración del efecto, más allá de que todas han demostrado ser drogas muy seguras en el manejo del

paciente hipertenso.

En particular la indapamida demostró disminuir significativamente los eventos cardiovasculares sola o asociada al perindopril, tal es el caso de los estudios PROGRESS (Perindopril Protection Against Recurrent Stroke Study) 28% de reducción de stroke, $p < 0.0001$, 26% de reducción de eventos vasculares mayores, $P < 0.0001$ y HYVET (Hypertension in the Very Elderly Trial) 64% de reducción de insuficiencia cardíaca fatal y no fatal, < 0.001 y 34% de eventos cardiovasculares fatales y no fatales, < 0.001 .

Otros beneficios adicionales de los diuréticos simil tiazida, que necesitan tal vez más investigación, incluyen su poder vasodilatador, anti-estrés oxidativo y antiagregante plaquetario.

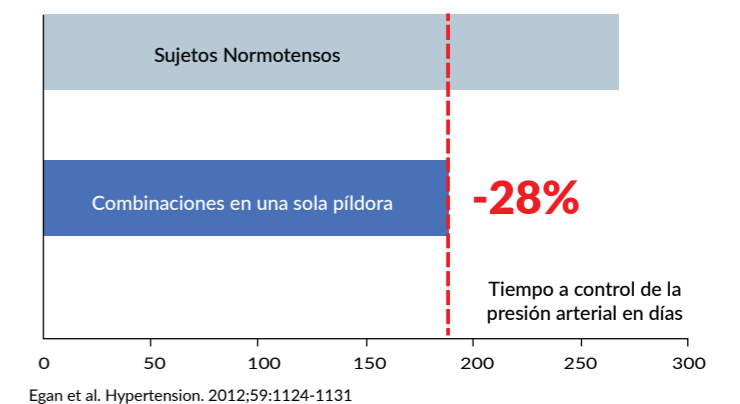
TERAPIAS COMBINADAS

La utilización de protocolos estandarizados y de fácil comprensión con terapias combinadas sería una herramienta fundamental para un mejor control de la presión arterial.

El cambio de combinaciones simples a terapias duales o triples con drogas de larga vida media ofrece una mejor adherencia y alcance de los objetivos terapéuticos.

La terapia doble o triple sería el tratamiento de elección para el 80% de los pacientes, aquellos con cifras tensionales más altas y con más comorbilidades, reservando la monoterapia para la minoría de la población hipertensa (20%) con bajo riesgo cardiovascular o para aquellos pacientes ancianos, frágiles y lábiles en los que sería prudente un comienzo lento y gradual de la medicación.

La utilización temprana de combinaciones fijas en una sola píldora reduce el tiempo en controlar la presión arterial.



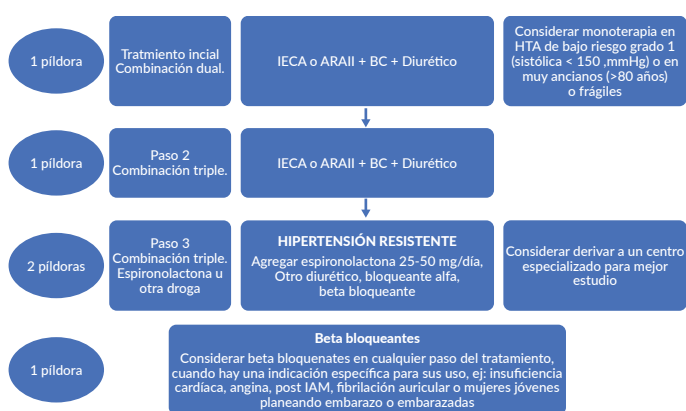
Egan et al. Hypertension. 2012;59:1124-1131

Un adecuado control de la presión arterial y los factores de riesgo desde el inicio impactará en una drás-



tica reducción de las complicaciones y una mejor calidad de vida, reducción de hospitalizaciones, incapacidad y muerte temprana.

Así es que las Guías Europeas de Hipertensión Arterial ESC/ESH 2018 recomiendan iniciar en la mayoría de los casos el tratamiento con una combinación fija en bajas dosis en la misma píldora que incluya un inhibidor del sistema renina angiotensina combinado con un bloqueante cálcico dihidropiridínico o un diurético que en lo posible sea una tiazida o simil tiazida, luego si no se lograra controlar la presión arterial se sugiere pasar a dosis combinadas más altas, a una triple combinación o en los casos de refractariedad agregar una cuarta droga que de preferencia sea espironolactona.



BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA.

- May Measurement Month 2019. The Global Blood Pressure Screening Campaign of the International Society of Hypertension Thomas Beaney et al. *Hypertension* 2020;76:333-341.
- Ghiadoni L et al. Different effect of antihypertensive drugs on conduit artery endothelial function. *Hypertension*. 2003 Jun;41(6):1281-6
- The Assessment of Endothelial Function. From Research Into Clinical Practice. Andreas J. Flammer et al. *Circulation*. 2012;126:753-767.
- PROGRESS Collaborative Group. Randomised trial of a perindopril-based blood-pressure lowering regimen among 6105 individuals with previous stroke or transient ischaemic attack. *Lancet*. 2001;358:1033-1041.
- Treatment of Hypertension in Patients 80 Years of Age or Older for the HYVET Study Group. Nigel S. Beckett et al. *N Engl J Med* 2008; 358:1887-1898.
- Initial mono and combination therapy and hypertension control the first year. Brent M. Egan et al. *Hypertension*. 2012 June ; 59(6): 1124-1131
- ESC Scientific Document Group. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. Williams B et al. *Eur Heart J*. 2018 Sep 1;39(33):3021-3104



La línea antihipertensiva para el CONTROL de todo tipo de paciente



COVERAM
perindopril | amlodipina



TRIPLIXAM
perindopril | indapamida | amlodipina



Material para uso exclusivo del profesional. Prohibida su exhibición y/o entrega a pacientes, consumidores y/o al público en general

SERVIER
moved by you

SERVIER ARGENTINA S.A.
Av. Castañeras 3222 - C.A.B.A.
Tel: 0800-777 SERVIER (7378437)
www.servier.com.ar