

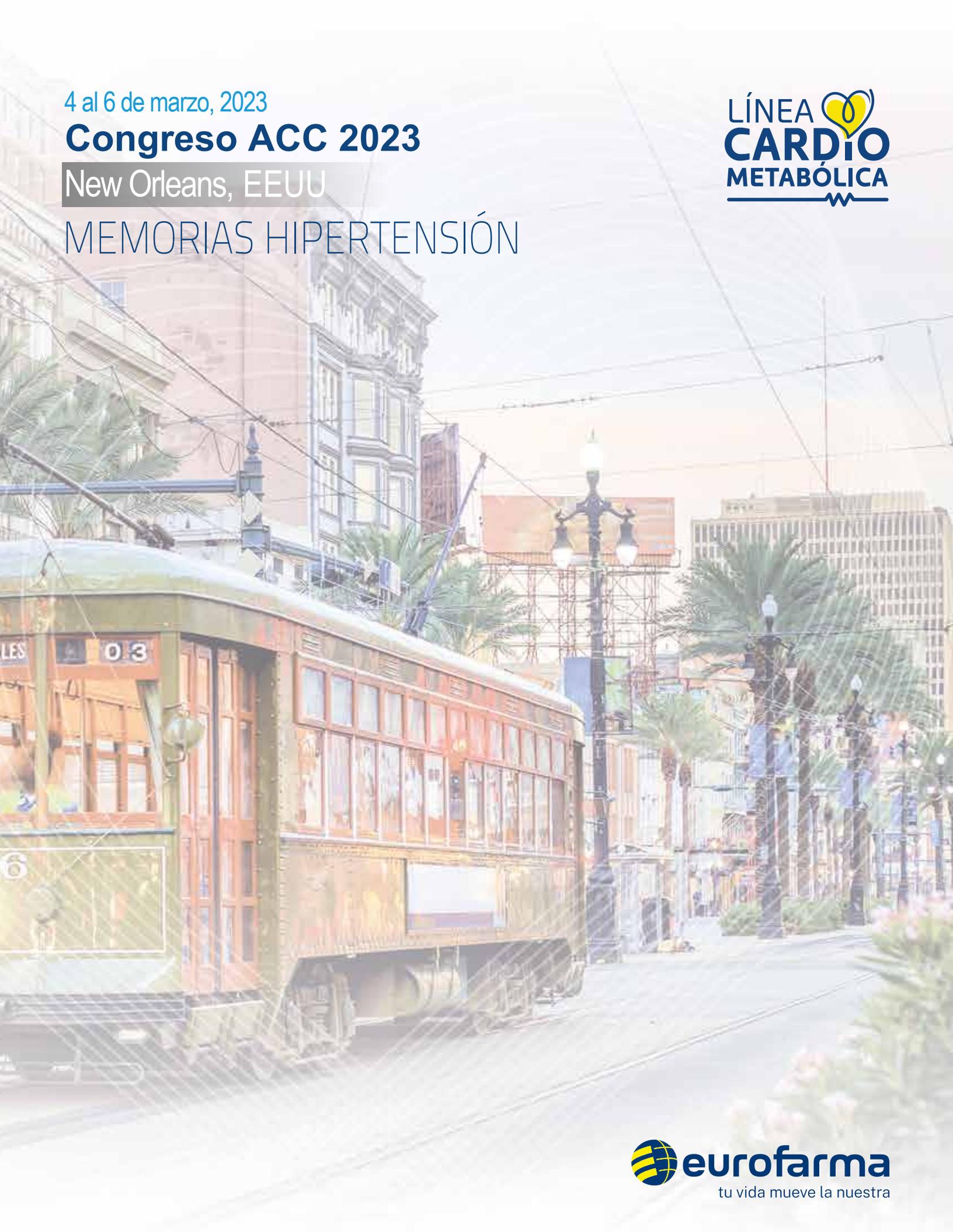
4 al 6 de marzo, 2023

Congreso ACC 2023

New Orleans, EEUU

MEMORIAS HIPERTENSIÓN

LÍNEA 
CARDIO
METABÓLICA



¿Por qué nadie está siguiendo las guías de tratamiento?!

La necesidad de la ciencia de la implementación

¡La última milla no debería ser tan larga! Consiguiendo la terapia adecuada para nuestros pacientes

Eric D Peterson (MD, MPH. UT Southwestern Medical Center)

Se presentó evidencia sobre la brecha existente entre la cantidad total de pacientes que necesitan terapia farmacológica y la cantidad que la recibe y que cumple el tratamiento de forma efectiva; demostrando el escaso o inconsistente uso clínico de los fármacos.

Varios estudios (Peterson et al., 2006; Di Martino et al., 2016; Bell et al., 2017; Nana et al., 2018) han descrito este aspecto con respecto al uso de estatinas para la reducción del colesterol LDL (C-LDL), así como el de muchos otros medicamentos empleados en el control de enfermedades cardiovasculares (ECV) y metabólicas (ácido acetil salicílico, clopidogrel, betabloqueantes, DOACS, iSGLT2, IECA y ARA II).

Se discutieron algunas de las estrategias evaluadas para determinar si las causas de este fenómeno tenían una raíz económica, sin embargo, al eliminar completamente el costo de los medicamentos o utilizar incentivos eco-

nómicos para que los pacientes usaran la medicación, la adherencia al tratamiento no mejoró de forma sustancial (Navar AM et al., 2017; Wang TY et al., 2019; Asch DA et al., 2015).

Estudios como el de Navar et al. (2022) y Nanna et al. (2023) demuestran que la medicina basada en evidencia suele tardar años en aplicarse y la aceptación de la terapia suele ser lenta, incompleta e inconstante. De hecho, Bradley et al. (2018) demostraron que a más del 80% de los pacientes con niveles elevados de C-LDL que no usan estatinas nunca se les han prescrito, siendo que la mayoría de ellos está dispuesto a tomar el medicamento.

La evidencia sugiere que las causas son multifactoriales y que las soluciones también deben serlo: retroalimentación con el paciente, decisiones informadas, nuevos modelos de atención y reformas en las políticas y pagos dentro del sistema de salud.

Aproximación al sistema de salud para la prevención cardiovascular

Jorge Plutzky (MD. Brigham and Women's Hospital. Boston, Massachusetts)

En el sistema de salud actual, son numerosas las barreras que impiden a los pacientes recibir una atención médica óptima basada en las guías de tratamiento. El personal de salud está saturado con el volumen de pacientes existente, muchos de ellos no tienen acceso al sistema de salud y las citas están muy distanciadas entre sí, lo que hace que se pierda el seguimiento, entre otros factores.

Se discutieron nuevas estrategias tecnológicas enfocadas en ofrecer una atención remota a gran escala, algorítmica, aplicada a pacientes subtratados e identificados a través de un registro de salud electrónico; y que además sea ejecutada por personal capacitado no profesional, diseñada con base en las guías de tratamiento y con un soporte de médicos expertos, farmacéutas y enfermeras profesionales.

Para evaluar su efectividad, se realizaron estudios en pacientes con dislipidemia, hipertensión arterial (HTA), diabetes (Programa DRIVE) y ECV, y se les ofreció participar en un programa educativo seguido de atención médica remota a través de un sistema algorítmico (Pultzky et al., 2022; Blood, et al., 2023). La mayoría de los pacientes utilizó la atención remota y más del 40% logró alcanzar los objetivos del tratamiento con el uso de la plataforma, sin intervención médica.

Los pacientes que participaron en el programa educativo y no optaron por el sistema algorítmico estuvieron significativamente más lejos de alcanzar los objetivos terapéuticos. La atención médica remota también permitió un acceso más equitativo.

La gestión algorítmica a distancia de los factores de riesgo y de la enfermedad CV ha demostrado ser una herramienta potencial para mejorar la implementación de las guías de tratamiento.

Mejorar la salud cardíaca en las pacientes con alto riesgo de complicaciones posparto

Jennifer Lewey (MD, MPH. Profesor Asistente. Directora del Programa de Salud Cardiovascular de la Mujer)

Las ECV y la HTA son la principal causa de mortalidad y morbilidad en mujeres embarazadas, respectivamente. Además, las complicaciones durante el embarazo son factores de riesgo en el desarrollo posterior de ECV, siendo las mujeres de raza negra las más propensas a padecer y morir por ECV. A pesar de ello, datos del Comité de revisión de la mortalidad materna, en 36 estados de EE. UU., afirman que más del 84% de las muertes relacionadas al embarazo son prevenibles.

La medicina basada en la evidencia ha demostrado que el uso de aspirina, el control estricto de la presión arterial (PA) durante el embarazo y el monitoreo posparto de la PA son estrate-

gias clínicas eficientes para mejorar los resultados de las pacientes con preeclampsia.

Herramientas tecnológicas como las apps de mensajería son sencillas de usar y permiten un mayor control de la PA, mayor asistencia de las pacientes al control posparto y menos readmisiones por HTA. Asimismo, el uso de algoritmos de riesgo cardiovascular (RCV) en mujeres embarazadas, como el de la Colaboración de Atención de Calidad Materna de California (CMQCC, por sus siglas en inglés), permiten brindar una mejor atención médica a estas pacientes.

Uso de la historia clínica electrónica para mejorar la atención médica en la hiperlipidemia familiar

Laney K. Jones (PharmD, MPH, CLS, FNLA. Profesor Asociado. Departamento de Salud Genómica)

La hipercolesterolemia familiar (HF) es un trastorno lipídico común, hereditario y tratable. Este padecimiento suele estar subdiagnosticado (1/250 estadounidenses).

En este grupo de pacientes, iniciar el tratamiento con estatinas en la adolescencia o en edad adulta joven puede prevenir el riesgo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica (ASCVD) temprana. Se discutió la utilidad de

la historia clínica electrónica para encontrar familias con HF e identificar pacientes que necesitan ser examinados, con el propósito de disminuir la morbilidad por ASCVD en la población general.

El proyecto IMPACT HF utilizó 3 enfoques de detección automatizada para marcar posibles candidatos con HF dentro de la población: machine learning, detección genómica y registro de salud electrónico basado en el fenotipo. De 130 257 individuos elegibles, 59 919 fueron seleccionados a través de estas 3 estrategias. Después de excluir a los pacien-

tes con un diagnóstico previo de HF, la aplicación de dos algoritmos de detección fenotípica identificó con éxito al 70% de aquellos que tenían una variante de HF.

Por otro lado, el estudio CARE HF (R61 HL161775), aún en curso, busca valorar los resultados de implementar la evaluación médica de las personas en riesgo en la atención primaria, programas de formación para pacientes sobre la necesidad de la detección temprana, programas de educación para los médicos e historias clínicas en formato electrónico para mejorar el diagnóstico.

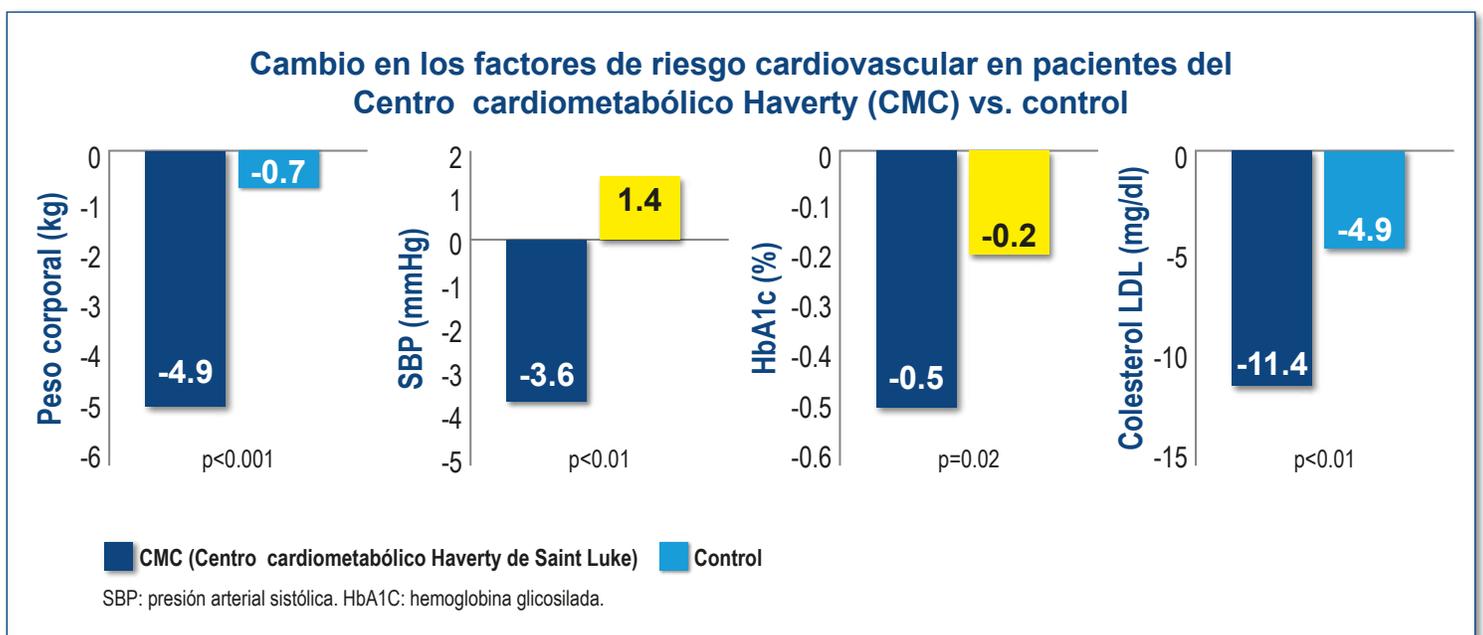
La ciencia de implementación en la enfermedad cardiometabólica

Neha J. Pagidipati (MD, MPH. Instituto de Investigación Clínica Duke)

Se discutió acerca de la forma en que la terapia basada en evidencia es infrautilizada en DM y ASCVD.

Asimismo, se demostró que un enfoque multidisciplinario y coordinado entre especialistas es beneficioso y necesario en el control de la DM y el ASCVD.

Programas de prevención cardiometabólica para pacientes de alto riesgo como los llevados a cabo por el Instituto de Investigación Clínica de Duke, el Centro cardiometabólico Haverty de Saint Luke (CMC), el programa CINEMA y COORDINATE Diabetes demuestran que esfuerzos coordinados entre especialistas generan mayores beneficios que la atención médica estándar (control).



Edad, sexo y cómo evitar la insuficiencia renal: ¿estamos sobrepensando esto? Riesgo de hipertensión en poblaciones especiales.

¿Qué tiene que ver el sexo con eso? ¡MUCHÍSIMO!

Margo B. Minissian (PhD, ACNP, RN, NEA-BC, FAHA, FNLA)

Se comentaron los factores de riesgo CV específicos en mujeres: menopausia prematura, diabetes gestacional, trastornos hipertensivos en el embarazo, parto prematuro, síndrome de ovario poliquístico, inflamación sistémica y enfermedades autoinmunes.

La HTA es la causa principal de ASCVD en mujeres. El riesgo de ECV y el manejo y prevención de la HTA es diferente, dependiendo de la etapa de vida de la mujer.

La prevalencia de HTA aumenta después de la menopausia.

El embarazo es una situación de estrés fisiológico que puede contribuir al desarrollo de HTA. Alrededor del 25% de todos los partos prematuros y del 2.5% de todos los partos son de madres con preeclampsia. Estas mujeres tienen una incidencia 4 veces mayor de HTA y falla cardíaca y 3 veces mayor de diabetes tipo 2; asimismo, tienen un riesgo 2 veces más alto de muerte CV, siendo este más elevado en las mujeres con un diagnóstico temprano de preeclampsia que en aquellas que la desarrollaron en las fases finales del embarazo, sin importar la severidad de los síntomas.

Antihipertensivos usados durante el embarazo y la lactancia

| Tratamiento farmacológico | USO | | Efectos adversos |
|--|---|---|--|
| | Embarazo | Lactancia | |
| Betabloqueantes | | Evaluar riesgo/beneficio. | |
| Labetalol | Se recomienda succinato de metoprolol (no interfiere con la vasodilatación periférica y la relajación uterina mediada por receptores adrenérgicos β_2). Atenolol está contraindicado. | Seguro. | Atenolol está asociado con defectos en el nacimiento y restricción de crecimiento intrauterino (RCIU). |
| Atenolol | | No se recomienda. | |
| Metoprolol | | Seguro. | |
| Carvedilol | | No se conoce el riesgo. | |
| Bloqueadores de canales de calcio (BCC) | | | Posible parto prematuro, RCIU, bradicardia fetal con algunos BCC. |
| Nifedipina | Terapia de 1. ^a línea en HTA y tocólisis (usado con Mg). Bastante seguro (terapia de 2. ^a línea después de β -bloqueantes en taquicardia ventricular idiopática sostenida). | Seguro. | No se espera teratogenicidad (datos humanos limitados). Efecto tocolítico. Puede causar hipotensión maternal e hipoperfusión placentaria |
| Verapamilo | | Evaluar riesgo/beneficio. Es excretado en la leche materna en niveles bajos. No se espera que cause daño en los infantes. | |
| Diltiazem | | | |
| Amlodipina | Probablemente seguro para HTA. | Evaluar riesgo/beneficio. | |
| IECA y ARA II | Contraindicados. | IECA: Captopril, Benazepril, Enalapril y Quinapril se consideran seguros. ARA II contraindicados. | Anormalidades cardíacas y renales en el feto. |

La HTA pseudoresistente puede aparecer por el uso de otros medicamentos y sustancias, por ejemplo: AINE, anticonceptivos orales, ciclosporina, eritropoyetina, algunos suplementos a base de plantas, bebidas alcohólicas, fármacos para ADHD, anfetaminas y cocaína.

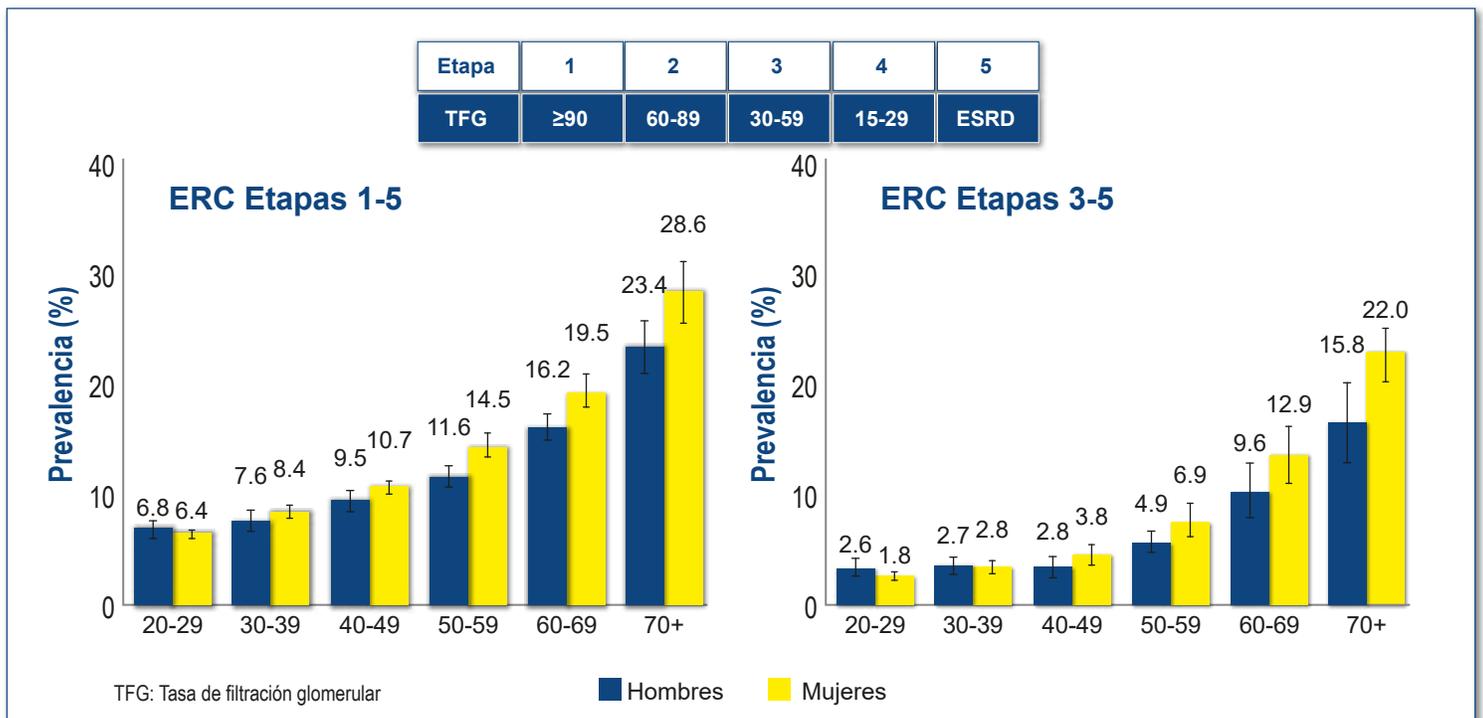
Es importante detectar si hay HTA de bata blanca o HTA enmascarada, así como también evaluar signos y síntomas de HTA secundaria.

¿Soy demasiado viejo para esto?

Paul K. Whelton, (MB, MD, MSc)

La enfermedad renal, como cualquier enfermedad crónica, está fuertemente correlacionada con la edad. En el estudio de Mills et al. (2015), se demuestra que la prevalencia de la

enfermedad renal crónica (ERC) aumenta en función de la edad, en todas las etapas de la misma.



Los factores de riesgo de ECV en adultos con ERC son una combinación de los factores de riesgo CV tradicionales (valores elevados de PA, glucosa en sangre, C-LDL, IMC; niveles bajos de C-HDL y ser fumador) junto con nuevos factores de riesgo de ERC:

- Niveles elevados de apolipoproteína B, lipoproteína A, fibrinógeno, homocisteína, proteína C reactiva y marcadores de disfunción endotelial.

- Niveles reducidos de apolipoproteína A1.

De la misma forma, la prevalencia de ECV, mortalidad por ECV, cardiopatía coronaria, insuficiencia cardiaca congestiva y por todas las otras causas es mayor en pacientes con ERC. La prevalencia aumenta en función de la edad, TFG y proteinuria (Muntner et al., 2002; Go et al., 2004; Chronic Kidney Disease Consortium, 2010; United States Renal Data System, 2019).

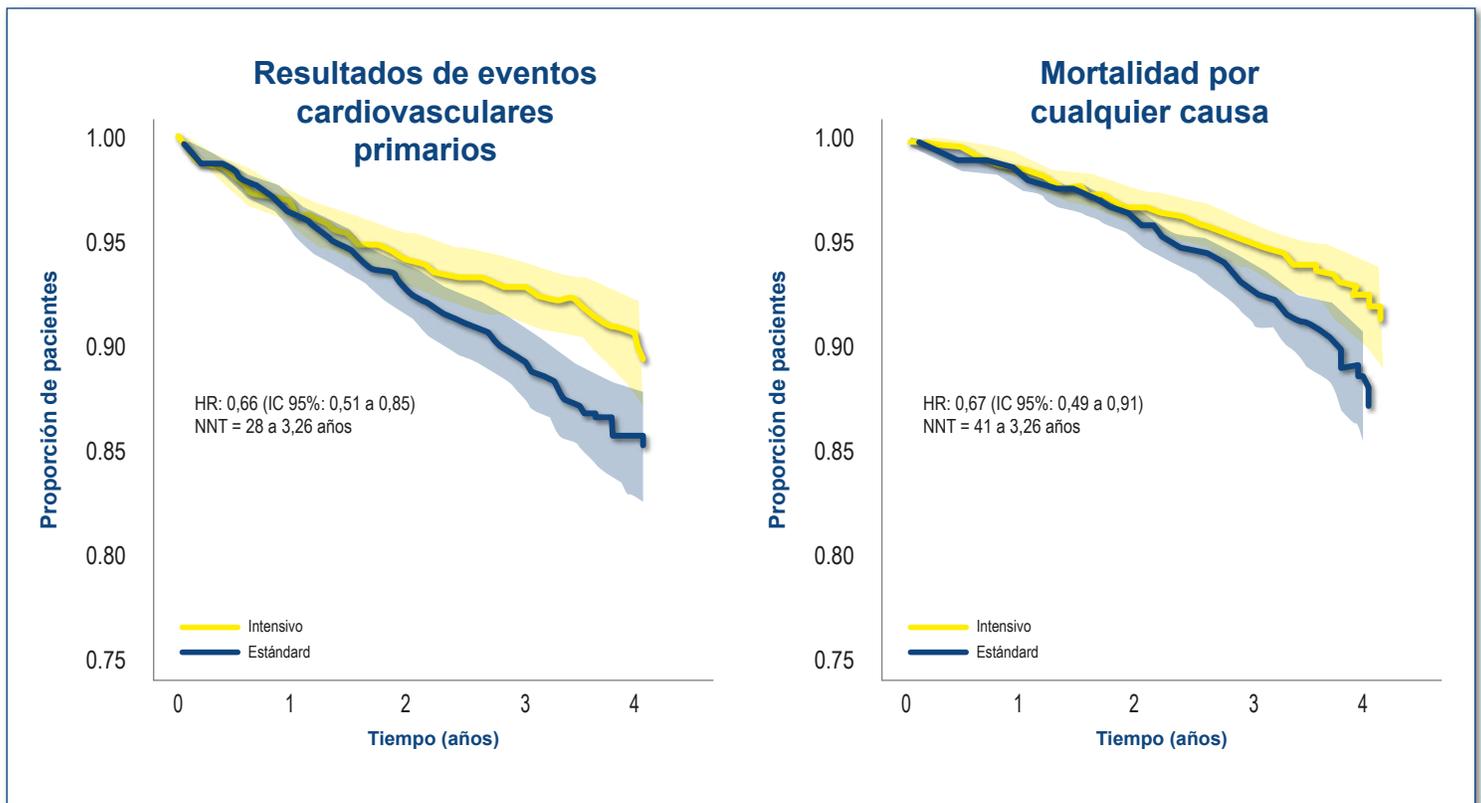
Como médicos, ¿qué se debe hacer?

- Solicitar pruebas de laboratorio para evidenciar enfermedad glomerular o tubular.
- Prevenir la ERC con cambios en el estilo de vida, tratando la PA elevada, diabetes y otros factores de riesgo.
- Utilizar el tratamiento más adecuado: terapia farmacológica, diálisis o trasplante,

Existen numerosas evidencias de que un control intensivo de la PA sistólica (<120 mmHg) reduce los eventos de ECV y muerte por cualquier causa, en comparación con el control estándar de la PA sistólica (<140 mmHg) (The SPRINT Research Group, 2015; Ettehad et al., 2016; Malhotra et al., 2017)

Por último, en el estudio SPRINT con pacientes mayores a 75 años, también se observaron tasas significativamente más bajas de eventos cardiovasculares mayores y de muerte por cualquier causa.

No hubo diferencias en los eventos adversos graves entre los grupos de tratamiento, y el control intensivo de la PA fue consistente entre los pacientes frágiles o con velocidad de marcha reducida. Asimismo, no hubo diferencias en el número de participantes que sufrieron caídas con lesiones ni en la prevalencia de hipotensión ortostática, medida en las visitas del estudio.



Los ensayos clínicos sugieren que la edad avanzada no debería ser una barrera para la terapia con antihipertensivos, aunque, por supuesto, debe haber un monitoreo cuidadoso de estos pacientes.



Hable con nosotros



<https://callto.eurofarma.com.br:5001/callus>



cliente.gt@eurofarma.com

Este material ha sido aprobado por el Departamento Médico de Eurofarma Centro América y República Dominicana.
Material Exclusivo para profesionales de la salud

 **eurofarma**
tu vida mueve la nuestra