

6º Seminario Virtual de Investigación Básica y Clínica en Hipertensión Arterial y Daño de Órgano Blanco- SAHA- 8 de Septiembre 2020



Dr. Santiago Pérez Lloret: "Alteración de los ritmos biológicos de presión arterial en la hipertensión: implicancias diagnósticas y terapéuticas"

Dr. Walter Espeche: "Hipertensión nocturna aislada, ¿un nuevo término?"

Coordinador: Dr. Alejandro Aiello

Panelistas:

Dra. Cecilia Mundiña

Dr. Diego Fernández

Preguntas del auditorio:

1-Existen aparatos para toma nocturna sin que el paciente se despierte para evitar fenómeno de alarma?

Dr. Pérez Lloret: que yo conozca, no hay dispositivos que cumplan estas características y hayan sido validadas para su utilización clínica. Mi impresión es que el desarrollo de los "wearables" es promisorio y podría ser dar una respuesta a esta limitación actual de los métodos de medición ambulatoria de la presión arterial.

2- Pero ¿es apropiado administrar diuréticos a la noche? no deja dormir al paciente

Dr. Pérez Lloret: como siempre hay que comparar los riesgos con los beneficios de las intervenciones. El riesgo aquí mencionado, el de la nocturia, es ciertamente problemático, ya que además de los trastornos del sueño, puedo incrementar el riesgo de las caídas, especialmente en adultos mayores. No me consta que haya suficiente evidencia hasta el momento para establecer adecuadamente un balance riesgo-beneficio.

3- ¿Sería más adecuado entonces hablar de presión arterial durante el sueño más que nocturna? Por ejemplo si tenemos en cuenta a los trabajadores nocturnos

Dr. Pérez Lloret: El "rótulo" más adecuado quizás sería el "periodo de descanso". Los trabajadores nocturnos probablemente tendrían su periodo de descanso durante el día.

4- ¿La melatonina desciende la presión de noche? ¿Por qué no está en las normas siendo que está presión es más peligrosa, lo mismo la administración de aspirina nocturna?

Dr. Pérez Lloret: la evidencia es, lamentablemente, insuficiente para justificar la recomendación clínica. Se esperaría al menos un estudio confirmatorio más grande. Y un programa para evaluar la seguridad de estas intervenciones.

5- Hablamos de patrones dipper y non dipper, creo importante también el patrón dipper extremo y raizer en cronoterapia

Dr. Pérez Lloret: hemos conversado sobre ellos durante la sesión. Los patrones raizer se observan frecuentemente en algunas causas de hipertensión secundaria y en pacientes con disautonomías cardiovasculares. El patrón dipper extremo incrementa el riesgo de lesiones vasculares cerebrales.

6- Si ya se sabe que es mayor el riesgo de la hipertensión nocturna, porque no tratarla?
Dr. Espeche: Si bien la hipertensión nocturna es la que mejor representa al daño cardiovascular producido por la PA, en la hipertensión nocturna aislada NO hay estudios aún que hayan demostrado que el tratamiento de esta condición es beneficioso. Sin embargo, en individuos con alto riesgo CV las guías actuales, recomiendan tener en cuenta esta situación y mejorar su control.

7- Sabiendo la alta prevalencia de ritmo circadiano alterado y de HTA nocturna en pacientes DBT, no sería mejor darle la medicación de noche (sin tener que realizar un mapa)

Dr. Espeche: La gran mayoría de los pacientes diabéticos van a necesitar 2 o más drogas para controlar adecuadamente la PA, de modo que una de las drogas a utilizar será el bloqueante cálcico. Este fármaco utilizado en horarios nocturnos disminuye la probabilidad de edemas periféricos. Por lo tanto, no hay necesidad de realizar un MAPA para evidenciar el buen control nocturno de la PA, salvo que sospeche hipertensión enmascarada por falta de regresión del daño de órgano blanco.

8- Un paciente tratado con bloqueantes cálcicos dados aproximadamente a las 21 hs, la HTA nocturna la detectamos con mapa y también los sigo con mapa ¿Que opina la mesa?

Dr. Espeche: En aquellos individuos en que presentan hipertensión nocturna aislada y tienen un riesgo cardiovascular alto o muy alto, es necesario controlarlos con MAPA. En los casos con HTA nocturna aislada y bajo riesgo CV, es fundamental el refuerzo del estilo de vida, haciendo hincapie en la reducción del peso y de la insulino resistencia.

9- Quisiera saber que opinan de los resultados del estudio Hygia que demostró que al menos un fármaco al acostarse logro reducción significativa de la PA nocturna y un marcado descenso de riesgo CV?

Dr. Espeche El trabajo de Hermida y colaboradores asombrosamente demostró que 19000 pacientes asignados al azar, el tratamiento antihipertensivo a la mañana vs a la noche, redujo el 45% de riesgo de muerte cardiovascular. Pese a que este resultado es impactante, generó numerosas cartas al editor cuestionando la metodología del estudio. A punto tal, que el comité de ética de la revista europea (Eur Heart J) toma parte en el asunto e inicia una investigación sobre los resultados publicados y recomiendan interpretar los principales resultados y conclusiones con precaución hasta nuevo aviso.

10- Si los pacientes con HTC nocturna no requerían tratamiento se podría dar AAS preventivamente y evitar riesgo ACV

Dr. Espeche: Si bien la condición de HTA nocturna se relaciona con mayor riesgo, NO existe al momento suficiente evidencia para indicar AAS en prevención primaria más allá del riesgo CV.