

Escenario actual de la HTA en LATAM: Uso de Monoterapia/combinaciones: ¿Cuáles son los desafíos?

Dr. Martin H. Koretzky

Médico Cardiólogo, MTSAC. Secretario Científico del Consejo Argentino de Hipertensión Arterial. Miembro Titular de la Sociedad Argentina de HTA. Médico Cardiólogo de FLENI. Médico Cardiólogo Santa María de la Salud. Director Médico, Centro de Investigación Clínica, Glenny Corp. S.A.

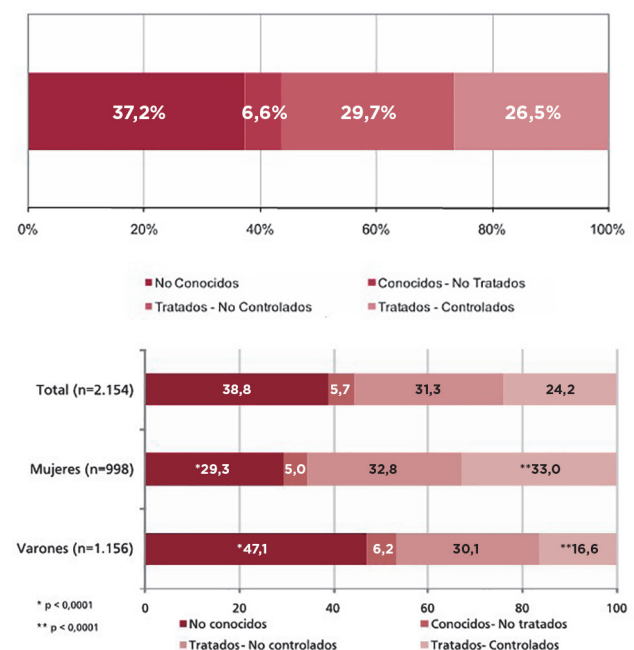
En Latinoamérica y el Caribe, la hipertensión arterial (HTA) junto con un alto índice de masa corporal son los factores de riesgo más importantes en la tasa de mortalidad y en el riesgo de enfermedad. A su vez, nuestra alimentación es parte del problema de Latinoamérica, debido a que se compone casi en un 70% de carbohidratos, de los cuales casi un 20% es azúcar.

En Estados Unidos, los resultados de los distintos estudios NHANES⁶ hasta el 2012, demuestran que a lo largo de los años mejoró el control de la presión arterial (PA) de la población, y también mejoró el grado de tratamiento de los pacientes. Sin embargo, cuando uno mira lo que está pasando en Latinoamérica, los resultados no son los mismos. En Perú el estudio TORNASOL I⁷ y II⁸ evidenció que luego de 5 años la prevalencia de HTA ascendió de un 23,7% a un 27,3%, y que el porcentaje de pacientes controlados aumentó del 14,7% al 20,6%. En México, el último reporte de 2018 establece un 25,3% de pacientes controlados. Se puede observar que se produjo un aumento del número de controlados, pero aún sigue estando muy por debajo de dónde deberíamos encontrarnos. En Latinoamérica, claramente la HTA es un flagelo que nos acompaña conjuntamente con la obesidad.

En Argentina, según el estudio RENATA 1⁹ (Figura 1) que se hizo en 7 ciudades del país, la prevalencia de HTA en 2012 fue del 33,5%. Si se comparan hombres y mujeres, estas tienen más conocimiento de su condición y también están más controladas que los hombres, dejando un promedio de 26,5%. En cuanto al tratamiento farmacológico, el 71,3% estaba con monoterapia. En el estudio RENATA 2¹⁰ (figura 2), publicado 5 años después, la prevalencia de HTA fue de 36% a nivel global, y el grado de control fue de 24,2%. Si se observa cual fue el tratamiento farmacológico que recibían los

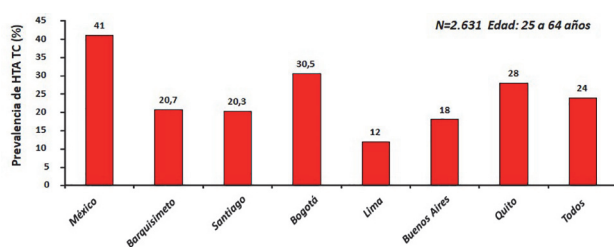
pacientes, la monoterapia estaba presente en el 73,4% de los casos. La medicación recibida fue de Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA) en el 45% de los casos, antagonistas del receptor de angiotensina II (ARA II) en un 35%, beta-bloqueantes (BB) en un 19%, antagonistas cálcicos (AC) en un 10-15% y menos de 1% de diuréticos. Llama la atención la baja tasa de utilización de medicaciones que hoy sabemos que son con las que se debería comenzar el tratamiento, y que nuevamente se vuelve a repetir el fenómeno de la monoterapia.

Fig. 1 y 2. Estudios RENATA I y II. Proporción de pacientes hipertensos controlados y tratados



En el estudio CARMELA¹¹ publicado en 2010 realizado en 7 grandes ciudades de Latinoamérica, se observó una tasa de control global del 24%, y que en todas las ciudades más del 70% de los pacientes estaba con monoterapia. (Figura 3).

Figura 3. Estudio CARMELA: Hipertensión arterial tratada y controlada



Centrándonos en el cono sur, el estudio CESCAS¹² que se llevó a cabo en Argentina, Chile y Uruguay, la prevalencia de HTA fue del 42,5%, y de estos pacientes solo estaban controlados el 21,6%. Aquí vuelve a repetirse el fenómeno de monoterapia como terapia prevalente y la baja tasa de control.

Si quisiéramos hacer una pequeña síntesis de todos estos estudios, claramente la prevalencia muestra que 1 de cada 3 latinoamericanos es hipertenso, solo están controlados 1 de cada 4 y la monoterapia la reciben 7 de cada 10 pacientes; ésta es la fotografía de nuestra realidad en Latinoamérica.

Las últimas guías de la Sociedad Internacional de Hipertensión y las guías europeas establecen que los pacientes que se beneficiarían con una monoterapia son los que tienen HTA leve, añosos y frágiles, los cuales conforman solo un 10% de lo que se ve globalmente. El 90% restante son pacientes de riesgo moderado, alto o muy alto que merecerían una terapia combinada desde el inicio. Una línea similar de tratamiento se acordó en el Consenso Argentino de la Sociedad Argentina de Hipertensión, Sociedad Argentina de Cardiología y la Federación Argentina de Cardiología de 2018: comenzar utilizando combinaciones farmacológicas en pacientes con HTA nivel 1 que tiene riesgo moderado-alto, así como también en aquellos con HTA nivel 2-3, dejando la monoterapia solo para el bajo riesgo.

Según el consenso de expertos en el Continuo Cardiovascular de 2015, para considerar que la HTA se encuentra controlada, se debe lograr un control de PA menor a 140/90 mmHg, tener control de los demás factores de riesgo, y una adecuada velocidad de logro del objetivo de la PA y factores de riesgo. Esto es importante porque en todos los estudios evaluados se evidenció la necesidad de un tratamiento combinado para llegar al objetivo terapéutico.

Sabemos que comenzar medicando con una terapia combinada disminuye eventos cardiovasculares, cardíacos y cerebrales. A su vez, si se compara comenzar con un tratamiento monoterápico para luego cambiar a terapia combinada vs realizar una terapia combinada desde el inicio, se alcanza más rápido la meta haciendo esto último, y genera un gran impacto disminuyendo la tasa de infarto agudo de miocardio, hospitalización por insuficiencia cardíaca y en todos los eventos conjuntos. Claramente debemos comenzar precozmente con una doble combinación, para así beneficiarse de las ventajas posibles de llegar más rápido al control, que incluyen: período de titulación más corto con menos visitas, protección temprana (importante en pacientes de alto riesgo), mejor adherencia a largo plazo, mejor control a largo plazo y mayor protección cardiovascular a largo plazo.

Finalmente, se deben evaluar los factores responsable de la tan mencionada falta de control y considerar probables estrategias de mejoría: muchos pacientes tienen falta de acceso a cuidados de salud y bajo nivel socio económico, que se mejora brindando una cobertura médica global; el grado de desconocimiento de su enfermedad se mejora con educación cardiovascular; la comunicación medico-paciente debe mejorar modificando el tiempo de consulta; se deben realizar estrategias específicas que apunten a los pacientes con síndrome metabólico, obesidad y diabetes; realizar cambios en el estilo de vida para reducir el consumo de bebidas dulces y sal invisible; lograr un mejor control de dislipemias con acceso de toda la población a las estatinas; y fundamentalmente, generar estudios de seguimiento de nuestra población latinoamericana.