

HIPERTENSIÓN La determinación de este marcador de daño orgánico orientaría el tratamiento antihipertensivo. Expertos reunidos en el Congreso Europeo de HTA señalaron la necesidad de optimizar las terapias actuales ante la falta de novedades

La microalbuminuria puede señalar la agresividad terapéutica en HTA

“El uso de combinaciones en España tiene el problema de la financiación”

NAIARA BROCAL CARRASCO MILÁN
naiara.brocal@correofarmacologico.com

Para garantizar el beneficio clínico de la terapia antihipertensiva no basta con medir los niveles de presión arterial (PA). La determinación de la microalbuminuria (MAU) es, en este sentido, un marcador que “de forma muy fácil determina la permeabilidad del endotelio”. Así, revela información sobre el estado presente y futuro del corazón, los vasos, los riñones y el cerebro, defiende el presidente electo de la Sociedad Europea de Hipertensión, Josep Redón.

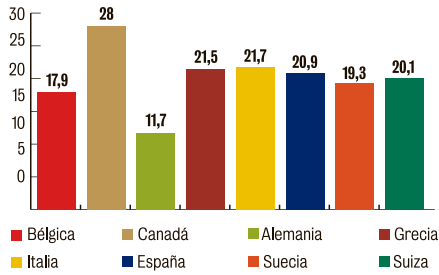
Redón, que accedió a la presidencia de la sociedad durante la celebración de su congreso anual, clausurado la semana pasada en Milán (Italia), reclamó, en un encuentro con la prensa organizado por Daiichi Sankyo y satélite al congreso, la importancia de establecer la determinación rutinaria de la MAU en hipertensión arterial (HTA). “En pacientes que se encuentran al límite de HTA, puede indicar la importancia de iniciar el tratamiento farmacológico”. Los medicamentos más efectivos frente a la MAU serían los que “bloquean el sistema de la renina-angiotensina”.

NEFROPATÍA DIABÉTICA

Sobre el uso de este marcador en la práctica española, reconoció que queda camino por recorrer hasta alcanzar a países como Dinamarca. Precisamente, en

EPIDEMIA DE HTA 'DESCONTROLADA'

Porcentaje de control de la HTA en varios países del mundo.



Fuente: 'Journal of Clinical Hypertension' 2010.

Un nuevo metaanálisis señala que la PAS en el diabético se debe situar en los 130-135 mmHg

otra de las mesas del congreso sobre el tratamiento de la HTA en el diabético, el danés Hans-Henrik Parving, del Centro de Diabetes Steno, de Copenhague, insistió a los galenos allí reunidos a no olvidarse de la MAU en el control de la HTA. El valor de este marcador como predictor de la nefropatía diabética es conocido desde hace décadas, y sólo más recientemente, se ha visto su utilidad en el síndrome cardio-renal.

La determinación de la MAU debería realizarse antes de instaurar la farmacoterapia y “cada dos o tres

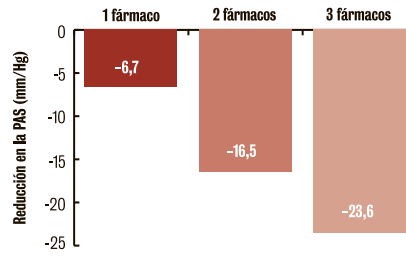
años”, apunta a CF Massimo Volpe, jefe de la División de Cardiología del Hospital de San Andrés, en Roma (Italia). El protagonismo de este marcador se integra en el tono general de la reunión, centrada en la “optimización de las terapias en función de los distintos perfiles de pacientes”, toda vez que los “medicamentos que tenemos son eficaces” y no se presentaron novedades farmacológicas.

En el caso de la diabetes, “los inhibidores del sistema de la renina-angiotensina constituyen la primera opción”. Cuando con un solo medicamento no es suficiente, en la diabetes apuesta por los calcioantagonistas, “porque presentan un menor riesgo de empeoramiento metabólico”.

En el congreso se presentaron datos que mostraban que el bloqueo del sistema de la renina-angiotensina mejoraría la sensibilidad a

MÁS MEDICAMENTOS, MENOS PRESIÓN ARTERIAL

Disminución de la presión arterial sistólica (PAS) asociada a la monoterapia y a la terapia combinada.



Fuente: 'Am. J. Med.' 2009.

la insulina. Este mecanismo se explica en una nueva revisión de estudios que publicará el próximo número de *Journal of Hypertension* y del que Volpe es uno de los autores.

El congreso de este año continuó la discusión del pasado (ver CF del 28-VI-2010) sobre los límites deseables de PA en el diabético. “Los datos que se han adelantado de un metaanálisis que se publicará en *Circulation* exponen que la PA sistólica se debería situar entre 130 y 135”, explica a CF el jefe de la Unidad de Hipertensión del Hospital Doce de Octubre, de Madrid, Luis Ruilope.

Otro asunto que ocupó los debates del congreso fue de la HTA resistente a la farmacoterapia, que afectaría a entre el 5 y el 10 por ciento de los hipertensos. “Muchos de éstos en realidad son pseudoresistentes”, afirma Volpe, porque

La obesidad, la aterosclerosis, el consumo de AINE y otros fármacos puede provocar HTA resistente

presentarían factores que afectarían a la eficacia de los fármacos como obesidad, aterosclerosis, consumo de AINE y fármacos vasoconstrictores o cocaína. Las causas de la resistencia primaria a antihipertensivos “no se conocen”, señala Ruilope, “como tampoco se sabe en quiénes se precisarán tres fármacos”. Ruilope adelantó en el congreso resultados de una nueva técnica quirúrgica, la enervación renal, “que ha ofrecido buenos resultados”. En total, en España se habrían beneficiado una decena de pacientes.

La mayoría de los hipertensos precisa más de un fármaco para controlar su presión arterial, pero a medida que aumentan las pastillas el cumplimiento decae. Las combinaciones a dosis fijas favorecen la adherencia, pero en España su uso “tiene un importante *handicap* y es que no tienen *punto negro*”; es decir, no se incluyen en el grupo de medicamentos considerados de aportación reducida, lamenta el presidente electo de la Sociedad Europea de Hipertensión, Josep Redón.

El experto asegura que ésta es una vieja demanda que la Sociedad Española de Hipertensión (SEH-Lelha) ha trasladado al Ministerio de Sanidad, que nunca ha sido atendida ni con las nuevas ni con las viejas combinaciones.

NOVEDADES TERAPÉUTICAS

El experto anuncia que en el futuro se espera el lanzamiento de nuevas terapias combinadas a dosis fijas que incluyan los inhibidores directos de la renina (IDR, entre los que aliskirén constituye por ahora el único representante), y nuevas combinaciones a dosis distintas de antihipertensivos.

A éstas, los también expertos en hipertensión arterial el italiano Massimo Volpe y el español Luis Ruilope resaltan el desarrollo de nuevas moléculas en las familias de IDR y de antagonistas de los receptores de la angiotensina.