

## WEBINAR

### HIPERTENSIÓN Y DETERIORO COGNITIVO: ¿LA FUNCIÓN O LA ESTRUCTURA?

**WEBINAR SAHA**

**Jueves 15 de Octubre a las 19:30 hs.**

**Hipertensión y deterioro cognitivo: ¿la función o la estructura?**

Otorga puntos de certificación

Coordinador: Dr. Alejandro De Cerchio

Panelistas:  
Dr. Gustavo Cerezo  
Dra. Karina Palacios

¿Alcanza con los tests cognitivos para evaluar el daño neurológico precoz en la HTA?  
Dr. Augusto Vicario

Compromiso silente en el paciente hipertenso. ¿Cuándo y por qué pedir una neuroimagen?  
Dr. Raúl Rey

Sin inscripción previa  
Click aquí

Patrocinado por Baliarda Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial

### Preguntas del público

1. ¿Solicitar el test del reloj, se debe indicar el tamaño aproximado del círculo o eso lo elige el paciente?

**Rta. Dr. Augusto Vicario:**

Nosotros estandarizamos la prueba entregando un papel con un círculo dibujado de 10 cm de diámetro. Si Ud. va a solicitar al paciente que dibuje el círculo, debe solicitar que dibuje un círculo grande que ocupe la hoja. El círculo no debe ser pequeño pues limita la posibilidad de evaluar la visuo-construcción y podría distorsionar la ubicación de los números (planificación).

2. ¿Para evaluar lesión en sustancia blanca, debiéramos pedir a todos estudios de imágenes cerebrales? ¿Cuáles sería los más específicos?

**Rta. Dr. Augusto Vicario:**

El objetivo es encontrar un "subrogado" de las lesiones de sustancia blanca o injuria vascular del cerebro y ese es el lugar que ocupan los test cognitivos. La sistemática utilizada por nuestro grupo es: 1) test de *screening* principalmente a paciente en la edad media 40 años o con riesgo aumentado (Guías Hipertensión FAC-SAC\_SAHA 2018); 2) si resulta anormal => estudio neurocognitivo completo para confirmar diagnóstico; 3) si se confirma diagnóstico de deterioro cognitivo => Neuroimágenes (RM sin contraste).

**Rta. Dr. Raúl Rey:**

La manera más sensible y específica, en la práctica clínica, de evaluar la presencia de lesiones de sustancia blanca son las neuroimágenes, sobre todo la resonancia magnética. Pero, eso NO implica que debería pedirles a todos los pacientes con HTA.

Si deberíamos pedirles a pacientes con síntomas sutiles o mal controlados.

3. ¿Es conveniente utilizar nimodipina cuando se detecta un test del reloj anormal?

**Rta. Dr. Augusto Vicario:** No hay evidencia médica que soporte el uso de nimodipina en deterioro cognitivo o demencia. Su utilidad fue demostrada en la hemorragia subaracnoidea mejorando la sobrevida. En nuestra experiencia hemos utilizado nimodipina como co-adyuvante del tratamiento antidepresivo en pacientes con criterios de depresión de inicio tardío o depresión de origen vascular, con mejoría en las recurrencias de la enfermedad depresiva (Int J Geriatr Psychiatry 2001 Mar;16(3):254-60).

**Rta. Dr. Raúl Rey:** Desde mi punto de vista NO sirve

4. ¿Sería el tratamiento indicado en pacientes con test del reloj alterado, memantina, donepecilo? ¿La nimodipina sirve para algo?

**Rta. Dr. Augusto Vicario:** No hay evidencia médica que demuestre la utilidad de nimodipina en deterioro cognitivo. Donepecilo demostró algún beneficio cognitivo en pacientes con demencia vascular. Los resultados con memantina son controversiales.

**Rta. Dr. Raúl Rey:** Donepecilo y otros anticolinesterasicos centrales (risvastigmina y galantamina), se utiliza en distintos tipos de deterioro cognitivo, de etiología degenerativa o vascular, y en pacientes con compromiso cognitivo mínimo, a veces con algún resultado.

La memantina tendría indicación en casos más avanzados, con resultados controvertidos, algunos estudios mostraron beneficio, otros no.

La nimodipina, NO tiene indicación.

**5. En paciente renal crónico avanzado (clearance menor a 25 ml/min) ¿Qué información podríamos aprovechar de una RMN sin contraste?**

**Rta. Dr. Augusto Vicario:** Hay suficiente evidencia científica (estudios longitudinales y meta-análisis) que soportan la asociación entre deterioro cognitivo, demencia e insuficiencia renal. La insuficiencia renal moderada a severa duplica y más el riesgo de compromiso cognitivo. En tal sentido, el seguimiento cognitivo del paciente con insuficiencia renal es importante. Las imágenes estarían indicadas cuando se confirma el diagnóstico de deterioro cognitivo para evaluar el impacto de la enfermedad microvascular sobre el cerebro. Pero el seguimiento es funcional, es decir con test cognitivos.

**Rta. Dr. Raúl Rey:** No hace falta usar contraste para ver lesiones silentes, una RMN SIN contraste le daría buena información, trate que sea en un resonador de 1,5 tesla para arriba (NO EN UN RESONADOR ABIERTO)

**6. Presencia de lesiones silentes, además del control de la TA. ¿Debemos dar estatinas, en que dosis? ¿También antiagregantes?**

**Rta. Dr. Augusto Vicario:** El estudio de la cohorte de Rotterdam (sub-estudio con neuroimágenes) demostró que los pacientes que recibían estatinas y aspirina presentaban menos lesiones de sustancia blanca y el volumen total cerebral era mayor (es decir: menos atrofia).

**Rta. Dr. Raúl Rey:** Es fundamental el control de todos los factores de riesgo, la presencia de lesiones silentes aisladas no sería indicación de antiagregación, el uso de estatinas dependería si tiene otra indicación asociada. PERO SI DEBE SER ENERGICO EN CONTROL DE TODOS LOS FACTORES DE RIESGO.

**7. Una vez que tenemos la neuroimagen y se controló la presión arterial, ¿De qué modo paramos este deterioro, qué medicación se puede agregar mirando el cerebro además de la que se indica para el resto?**

**Rta. Dr. Augusto Vicario:** EL estudio FINGER ha demostrado que una intervención multidominio (dieta estilo mediterráneo, actividad física regular, control estricto de todos los factores de riesgo y estimulación cognitiva) es capaz en 2 años de frenar la progresión de la enfermedad mejorando en algunos casos hasta más del 100% la *performance* de algunos dominios cognitivos.

**Rta. Dr. Raúl Rey:** Es fundamental el control de todos los factores de riesgo, medidas higiénico dietéticas, e intentar aumentar la reserva cognitiva.

**8. ¿Está contraindicada la anticoagulación en esos pacientes con microhemorragias, o tenemos en cuenta la regla del 5 en el score chad2 no incluye estos parámetros?**

**Rta. Dr. Augusto Vicario:** La presencia de microhemorragias cerebrales incrementa el riesgo de stroke y hemorragias intracerebral. Hay alguna evidencia que la warfarina puede incrementar el riesgo de hemorragias intracerebral en pacientes con microhemorragias. La relación entre microhemorragias y FA no está clara (*Atrial fibrillation and microbleeds. Stroke. 2017;48:2660–2664*)

**Rta. Dr. Raúl Rey:** La presencia de microhemorragias NO ES una contraindicación en pacientes que tienen indicación de anticoagulación por FA.

No está considerada en ningún score (Chads2, Cha2ds2vasc, Hasbled), pero si se la tiene en cuenta en algún paciente seleccionado para cuantificar el riesgo de hemorragia, pesa cuando son más de 5 microhemorragias.

**9. La presencia de microhemorragias ¿contraindica la anticoagulación en pacientes con FA?**

**Rta. Dr. Augusto Vicario:** No hay suficiente evidencia que contraindique la anticoagulación en pacientes con FA.

**Rta. Dr. Raúl Rey:** La presencia de microhemorragias NO ES una contraindicación en pacientes que tienen indicación de anticoagulación por FA.

**10. La anti agregación, en caso de ser necesaria, ¿se puede indicar a pesar de las microhemorragias?**

**Rta. Dr. Augusto Vicario:** Según el estudio Rotterdam las microhemorragias son más frecuentes en pacientes que reciben aspirina.

**Rta. Dr. Raúl Rey:** Si tiene indicación puede usar antiagregantes a pesar de la presencia de microhemorragias.

**11. En otros escenarios como dislipemia, hipotiroidismo, etc. ¿el test del reloj es útil?**

**Rta. Dr. Augusto Vicario:** El test del reloj es útil como herramienta de *screening* cognitivo particularmente en pacientes con enfermedad vascular. Además ha sido utilizado como predictor de demencia, enfermedad de Alzheimer, riesgo de mortalidad y en estudios de seguimiento para evaluar el cambio cognitivo.

**12. ¿Presión aórtica central o presión braquial, para control del tratamiento de la HTA?**

**Rta. Dr. Augusto Vicario:** Las guías hacen referencia a la presión braquial como medida del objetivo terapéutico. La encefalopatía por onda de pulso (pérdida de la elasticidad Ao como amortiguadora y aumento de la pulsatilidad en la microcirculación cerebral) ha sido propuesta como una explicación fisiopatológica de las Lesiones de sustancia blanca (enfermedad de pequeños vasos). Así, la PAoC es un marcador de riesgo.

**13. En pacientes con leucoaraiosis sin microsangrados en rmn y deterioro cognitivo leve ¿es indicación de terapia antiplaquetaria?**

**Rta. Dr. Augusto Vicario:** La leucoaraiosis no es una indicación de terapia antiagregante.

**Rta. Dr. Raúl Rey:** Desde mi punto de vista no, si corregiría todos los factores de riesgo

**14. Alcanzados los objetivos de tratamiento de HTA ¿importa la droga utilizada?**

**Rta. Dr. Augusto Vicario:** Hasta el momento no hay suficiente evidencia que soporte una clase de droga antihipertensiva por sobre otra. Recientes investigación dan cuenta de mejores resultados cognitivos utilizando antagonistas de los receptores de angiotensina. Adjunto citas de dos revisiones realizadas por nuestro grupo de trabajo (*The depressor axis of the renin–angiotensin system and brain disorders: a translational approach. Clinical Science 2018;132:1021–38; Efectos del tratamiento y las drogas anti-hipertensivas sobre sobre la función cognitiva: deterioro cognitivo, demencia y enfermedad de Alzheimer. Rev Fed Arg Cardiol 2019; 48(3): 98-106*).

**Rta. Dr. Raúl Rey:** Desde mi punto de vista (el neurológico) no, pero que contesten los que saben