10º WEBINAR SAHA – 23 de JULIO de 2020

Sociedad Argentina de Hipertensión Arteria

HIPERTENSION ARTERIAL Y DIABETES: "LA TORMENTA PERFECTA"

Coordinator: **Dr. Alberto Ré**

- Patogénesis de la enfermedad micro y macrovascular de la Diabetes. **Dr. Gabriel Waisman**
- ¿Podemos matar dos pájaros de un solo disparo? Hipoglucemiantes en HTA. **Dr. Ramiro Sánchez**

Panelistas: **Dr. Marcos Baroni – Dr. Diego Martínez**

1. **En el CREDENCE los pacientes DBT con proteinuria ¿se ha demostrado un beneficio con la canagliflozina?**

   Dr. Ramiro Sánchez.
   En el estudio Credence (eventos renales y cardiovasculares en pacientes con nefropatía diabética) se examinó como objetivos primario la atenuación de la progresión de la insuficiencia renal, la duplicación de la creatinina, el ingreso a diálisis y la muerte de causa renal o cardiovascular. El objetivo primario fue significativamente reducido con el tratamiento con canagliflozina.
   Se observó una reducción de la relación albumina creatinina de 927mg./g a 600mg/g con canagliflozina, mientras que en el grupo control no se observó este resultado.

2. **¿En pacientes hipertensos con proteinuria podría ser una alternativa combinar IECA con canagliflozina?**

   Dr. Ramiro Sánchez.
   Si, es correcto, pero solamente si son diabéticos. De hecho, en el estudio Credence todos los pacientes fueron pretratados con bloqueo del sistema renina angiotensina. La FDA no ha autorizado todavía el empleo de iSGLT2 en pacientes no diabéticos y enfermedad renal.

3. **Entonces, ¿la disminución de la TA de los inhi SGLT2 no podría atribuirse mayormente a ese efecto natriuretico?**

   Dr. Ramiro Sánchez.
   El principal mecanismo antihipertensivo es su poder natriurético pero también se ha investigado el efecto positivo sobre la rigidez arterial y la reducción de la actividad simpática.

4. **Desearía conocer el riesgo de enfermedad cardiovascular en diabéticos tipo 1**

   Dr. Ramiro Sánchez.
   En un reciente metaanalisis se estimó el riesgo de mortalidad atribuido a enfermedad cardiovascular en diabetes tipo 1 en 5.7 en varones y 11.3 en mujeres. La incidencia de riesgo cardiovascular es de 1 a 2% por año. En otro estudio se mostró que a la edad de 45 años los pacientes diabéticos tipo 1 mas del 70% en varones y mas de 50% en mujeres presentaban significativa calcificación coronaria.

5. **En un paciente diabético con alto RCV sin HTA, pero con PAS entre 130 y 140, ¿empezamos con anti-hipertensivos, para tenerlo a menos de 130?**

   Dr. Gabriel Waisman.
   El criterio es comenzar tratamiento antihipertensivo con TA > 140 y/90 mmHg pero en el paciente que plantea yo solicitaría un MAPA para evaluar la posibilidad de HTA oculta y en caso que el MAPA sea patológico iniciaría tratamiento con IECA/ARA II.

6. **En un paciente de reciente diagnóstico de DM, < de 45 años, sin albuminuria, presión arterial 140/90, comenzaría tratamiento antiHTA o esperaría a que inicia con ADO y luego re evaluar el tto antiHTA?**

   Dr. Gabriel Waisman.
   En un paciente diabético (excepto una mujer en edad fértil sin anticoncepción segura) o embarazo, se recomienda iniciar tratamiento antihipertensivo con bloqueo del sistema renina angiotensina asociado a ADO.

7. **En ese estudio, donde incluían diuréticos, ¿estaban incluidos las tiazidas? Por su alto riesgo de desarrollo de dbt.**

   Dr. Gabriel Waisman.
   En los estudios con ADO como iSGLT2 o aGLP1 se han utilizado tiazidas o like tiazidas en el tratamiento de la hipertensión arterial, en general en dosis bajas para evitar los efectos metabólicos no deseados.

8. **¿Indican SGLT2 en pacientes no diabeticos? ej ICC**

   Dr. Gabriel Waisman.
   Con la evidencia del estudio EMPEROR R que se presentará en el congreso europeo de Cardiología se podrían utilizar iSGLT2 en población no diabética con ICC con Fey reducida. Con Fey preservada el estudio DAPA HF fue negativo y aún no concluyó e estudio EMPEROR P.

9. **Teniendo en cuenta que los inhibidores del SGLT2 tienen efecto glucosúrico ¿considera correcto el uso concomitante de diuréticos tipo tiazidicos para el tratamiento de la hta o sería conveniente su suspensión?**

   Dr. Gabriel Waisman.
   En los estudios con SGLT2 no se suspendieron los diuréticos tiazídicos cuando se agregó el ADO, pero uno podría hacerlo si el paciente hipertenso diabético está bien controlado con IECA/ARA II y Bloqueantes cálcicos DHP y requiere un iSGLT2

10. **En IC consideran apropiado el uso concomitante de valsartan sacubitrilo+dapagliflozina?**

    Dr. Gabriel Waisman.
    Valsartan Sacubitrilo podría utilizarse junto con los iSGLT2 en pacientes con ICC con Fey reducida. No está demostrado el beneficio en pacientes con IC con Fey reducida.

11. **Estas drogas (glp1 isglt2) se podrían usar en pacientes internados?? o solo cuando son ambulatorios ; debido a que en la internación siempre se utiliza la querida insulina....**

    Dr. Gabriel Waisman.

    En internación es preferible la utilización de insulina debido a la inestabilidad de los pacientes y la mayor variabilidad glucémica. De todas formas, puede indicarse como medicación al alta de los pacientes.

12. **Los inhibidores SLGT2 tienen acción sobre el sistema simpático y disminuyen la actividad simpática, ¿qué papel le adjudicarían a este a los beneficios renales visto con estas drogas?**

    Dr. Gabriel Waisman.

    La mayor acción de este grupo de drogas se relaciona con el efecto natriuretico, el efecto diurético osmótico y el efecto de restauración del feedback tubuloglomerular con vasoconstricción de la arteriola aferente. Junto con el bloqueo del SRAA disminuyen la actividad simpática en forma secundaria.

Las siguientes preguntas formuladas en el chat, fueron respondidas por los disertantes en vivo.

1. En un paciente con colesterol total menor de 200 mg, ldl menor de 100 pero hdl menor de 40 mg y triglicéridos entre 200 y 300 mg, ¿cuál es la terapéutica de elección?
2. A un paciente diabético de larga data por su estado vascular avanzado que equivale a un infartado no diabético. ¿Le agregaría ácido acetilsalicílico?
3. Teniendo en cuenta que los pacientes con DBT e HTA tienen mayor prevalencia de insuficiencia cardiaca. Por los resultados del DAPA HF, ¿considera utilizar ISGLT2 en prevención primaria?
4. ¿En qué grupo de pacientes diabéticos e hipertensos indicarían gliflocinas?
5. A pesar de que estudio Leader no bajó demasiado la TA sist. En los estudios con Semaglutide sí hay descenso significativo de la TASist. ¿Lo atribuiría al gran descenso de peso?
6. ¿Podría comentar efecto de los inhibidores SGLT2 sobre el sodio a nivel tubular?
7. ¿Se logró analizar los resultados del tratamiento en conjunto de IECA + ISGLT2? ¿Se suman beneficios o se mantienen igual que en el tratamiento por separado?