



Simposio Medtronic - CACI
Conjunto con
Consejo de Hipertensión Arterial SAC y
Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial

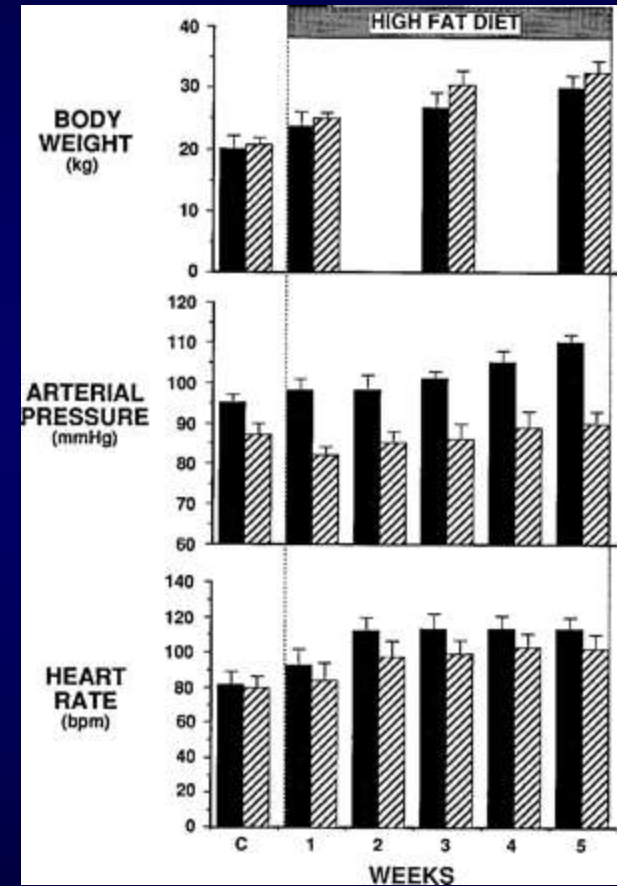
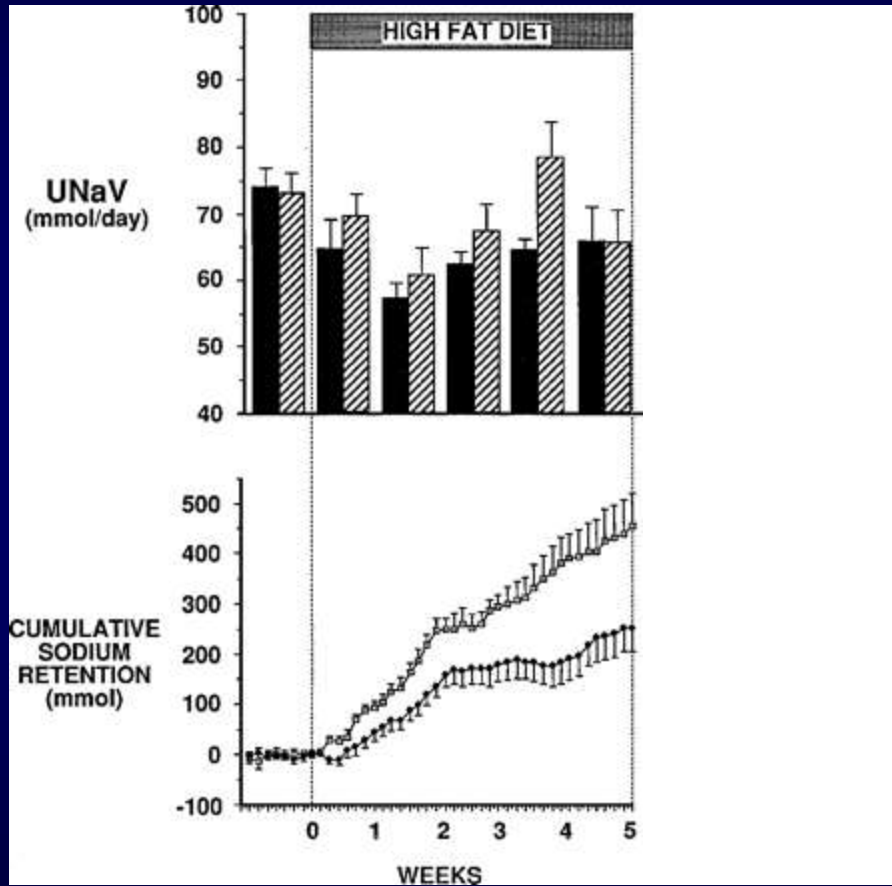
Hipertensión arterial refractaria.
¿Tratamiento médico o intervencionista?

En búsqueda de un consenso
para su implementación en nuestro medio

Dr. Alfredo O. Wassermann
Nefrología e Hipertensión - Hospital Municipal de Vicente López
Director Médico FEPREVA
alfredo.wassermann@fepreva.org



Hipertensión asociada a Obesidad y Denervación Renal



■ Controles

▨ Denervación renal



Consenso DSR

Denervación Simpática Renal

Acuerdo producido por consentimiento entre los miembros de varios grupos basado en la mejor experiencia científicamente validada, hasta tanto dispongamos de la evidencia adecuadamente sustentada

El consenso para la implementación de la denervación simpática renal ha sido redactado en forma conjunta entre:

Los médicos derivantes: comprometidos con la atención de los pacientes con hipertensión arterial

Los médicos intervencionistas: comprometidos con la realización de la práctica



Consenso DSR Metodología

La iniciativa europea AGREE (Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation):

- Conformación del grupo responsable.
- Definición del alcance y de preguntas relevantes.
- Búsqueda, selección y evaluación crítica de la evidencia.
- Adopción y adaptación de recomendaciones.
- Consenso de recomendaciones.
- Reformulación de recomendaciones.
- Revisión (externa) de las recomendaciones.
- Reformulación y aprobación final de las recomendaciones.



Consenso DSR

Temario

Antecedentes

Definición de hipertensión resistente

Rol potencial del simpático renal en la hipertensión resistente

Estudios clínicos de denervación simpática renal

Indicaciones y contraindicaciones

Estudio y selección de candidatos

Procedimiento de la DSR por radiofrecuencia

Seguimiento y control evolutivo



Consenso DSR

Definición de Hipertensión Refractaria

Persistencia de PA \geq 140/90 mm Hg (PAS/PAD) en pacientes con adecuada adherencia a:

- Hábitos de vida saludables
- Tratamiento farmacológico incluyendo la combinación de tres o más drogas de diferente mecanismo de acción a dosis plenas o máximas toleradas, una de las cuales debe ser un diurético
- Considerar los valores obtenidos en un MAPA

Objetivos de presión arterial con consideraciones especiales (en revisión):

- Diabetes
- Enfermedad renal crónica
- Edad avanzada

Población potencialmente beneficiada: 10% de los pacientes tratados por hipertensión



Consenso DSR

otros criterios de inclusión

La técnica mostró beneficios más constantes en pacientes con registros de consultorio

- Sistólica > 160 mm Hg en población general
- Sistólica > 150 mm Hg en pacientes con diabetes

Promedio diurnos en MAPA:

- Sistólica > 150 mm Hg en población general
- Sistólica > 140 mm Hg en pacientes con diabetes

Filtrado glomerular > 45 ml/min/1,73 m²

Arterias renales y vías de acceso compatibles con el procedimiento, evaluadas previamente

- Angio TAC
- Angio RMN (sobre estima estenosis)
- Angiografía



Consenso DSR

Criterios de exclusión

Todo paciente que teniendo una HTAR presente alguno de los siguientes criterios, no sería un candidato para realizarse el procedimiento:

- Hipertensión secundaria, pseudoresistencia
- Intervenciones previas sobre las arterias renales (stent o angioplastia previa)
- Estenosis en alguna de las arterias renales > 50% / 30%
- Presencia de múltiples arterias renales principales, aneurisma de arteria renal o aórtico
- Arterias renales de menos de 4 mm de diámetro o menores a 20 mm de longitud
- Enfermedad renal crónica con GFR < 45 ml/min/1,73 m²
- Historia de infarto agudo de miocardio, angina inestable o accidente cerebro-vascular en los seis meses anteriores
- Incremento de riesgo de sangrado (diátesis hemorrágica, trombocitopenia, anemia severa)
- Diabetes tipo 1
- Edad < 18 años
- Embarazo

Aún cumpliendo los criterios de selección y exclusión en los estudios Symplicity la DSR no pudo realizarse en 10-20% de los pacientes por anomalías anatómicas



Consenso DSR Seguimiento

Antes del alta y a los 7 días

- Control de la PA por los métodos habituales
- Control de la función renal (creatinina, ácido úrico, ionograma)
- Tratamiento antihipertensivo

Seguimiento a los 30, 90, 180 y 360 días del alta:

- Control de la PA por los métodos habituales. El efecto antihipertensivo del método es progresivo
- Verificar las modificaciones en el requerimiento de la cantidad y dosis de drogas antihipertensivas
- Laboratorio
- Efectuar un eco-Doppler de arterias renales a los 180 días
- Realizar un MAPA

Criterios de éxito terapéutico:

- Alcanzar los objetivos terapéuticos de la presión arterial
 - Reducción de 25-32/11-12 mmHg
 - La reducción es progresiva durante 3-6 meses
 - 10% de los pacientes intervenidos no mostraron beneficios



Muchas gracias

Dr. Alfredo O. Wassermann

alfredo.wassermann@fepreva.org