

Estrategias de pérdida de peso para la prevención y tratamiento de la hipertensión arterial

Michael E. Hall, MD, MS, FAHA, Chair; Jordana B. Cohen, MD, MSCE, Vice Chair; Jamy D. Ard, MD; Brent M. Egan, MD, FAHA; John E. Hall, PhD, FAHA; Carl J. Lavie, MD; Jun Ma, MD, PhD, FAHA; Chiadi E. Ndumele, MD, MHS; Philip R. Schauer, MD; on behalf of the American Heart Association Council on Hypertension; Council on Arteriosclerosis, Thrombosis and Vascular Biology; Council on Lifestyle and Cardiometabolic Health; and Stroke Council.

Una declaración científica de la American Heart Association

Epidemiología y riesgo cardiometabólico

El aumento de la adiposidad visceral, por encima de la subcutánea, se asocia firmemente con el desarrollo de HTA. La prevalencia de HTA continuará incrementándose, de la mano del crecimiento de la obesidad. Actualmente se estima que un 18% de los niños y adolescentes son obesos en todo el mundo.

La pérdida de peso con intervención dietética o el aumento de la actividad física pueden producir reducciones clínicamente importantes de la presión arterial si dicho cambio puede sostenerse en el tiempo, lo que constituye un verdadero desafío.

Se pueden lograr mejores resultados a largo plazo si se combinan las modificaciones en el estilo de vida, la farmacoterapia y la cirugía metabólica, lo que podría constituir una solución para el control del peso y la TA en pacientes con obesidad.

Impacto de la obesidad e HTA. Daño de órgano blanco

Evidencia de grandes trabajos de cohorte demuestran relación directa entre niveles altos de adiposidad y mayor riesgo de incidencia de insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria y ACV. Un metaanálisis de 39 estudios de cohorte, demostró que un BMI de 40 kg/m² comparado con un BMI de 25 kg/m² se asoció 2 veces más de riesgo de desarrollar insuficiencia renal. Por otro lado, la pérdida de peso luego de la cirugía metabólica comparado con el tratamiento estándar demostró menor hiperfiltración, proteinuria y riesgo de insuficiencia renal terminal.

El daño de órgano blanco se disipa después del ajuste por HTA, lo que sugiere que la HTA es un factor explicativo clave.

Impacto de las dietas en la pérdida sostenida de peso y el control de la TA

Las dos dietas con mayor evidencia son la Mediterránea y la DASH. Ambas son similares, ricas en frutas, vegetales, legumbres, nueces y semillas con moderada ingesta de pescados, aves, y en menor medida, carnes rojas.

Dieta Mediterránea.

Una revisión de Cochrane en 2019 demostró una reducción de 3 mmHg de la TA sistólica y 2 mmHg de la TA diastólica con esta dieta, además de una disminución de 1.8 Kg de peso y 0.6 kg/m² de BMI

Dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension)

Comparada con la mediterránea, la dieta DASH tiene mejores efectos en la disminución de la TA, reduciendo 7 mmHg la TA sistólica y 4 mmHg la TA diastólica. Si se asocia a actividad física,

la disminución de la TA es aún mayor (16 y 9 mmHg de TA respectivamente). Los efectos podrían potenciarse aún más si se asocia con una dieta baja en sodio.

La dieta hiposódica presenta beneficios, independientemente del patrón de dieta que se elija, y se acentúan aún más en pacientes mayores, hipertensos y de raza negra.

Ayuno intermitente

Varios estudios demuestran un efecto beneficioso en términos de reducción de TA, perfil lipídico, peso corporal total y perímetro de cintura abdominal. Por ejemplo, la reducción en la TA demostró ser alrededor de 5 mmHg para la sistólica y 6 mmHg para la diastólica. Otros estudios mostraron que estos beneficios no podían mantenerse a largo plazo.

Farmacoterapia

Está indicada en aquellos pacientes que no logran bajar de peso con los cambios de vida y se mantienen con BMI > 30 kg/m² o BMI > 27 kg/m² asociado a otro factor de riesgo como HTA. Siempre se deben sumar al tratamiento establecido de dieta y actividad física.

Existen 4 drogas aprobadas por la FDA para uso corto (máximo de 12 semanas), que tienen características similares a las anfetaminas.

Existe otro grupo de 5 drogas que están aprobadas para uso crónico: orlistat, fentermina+topiramato, naltrexona+bupropion, liraglutide y semaglutide.

En estudios randomizados demostraron una disminución de peso 9% mayor comparados con placebo a 1 año de seguimiento. Orlistat, fentermina/topiramato y liraglutide demostraron además, disminución de 3 mmHg de TA sistólica y 1 mmHg de TA diastólica.

Este año el STEP1 study demostró que la inyección subcutánea de semaglutide, 1 vez por semana, disminuye un 15% en promedio el peso corporal total y 6 mmHg de TA sistólica en un seguimiento a 6 meses lo que la presenta como una gran opción para mejorar el riesgo cardiometabólico.

Cirugía metabólica

La manga gástrica es la cirugía más común (58%) seguida por el by pass gástrico en Y de Roux (19%) y en último lugar la banda gástrica (3%). El 98% se realizan por laparoscopia.

Indicaciones

BMI > 40 kg/m² o > 35 kg/m² con comorbilidades son candidatos si son psicológicamente estables y no poseen antecedentes de abuso de drogas.

Pacientes con DM y BMI > 30 kg/m² que no logran controlar la glucemia a pesar de un tratamiento médico óptimo, también serían potenciales candidatos.

Efectos sobre la TA

La reducción en la TA comienza luego de la primera semana del postoperatorio, antes que se produzca una disminución de peso significativa, lo que sugiere un rol activo del sistema neuroendócrino, como por ejemplo incremento de los niveles de GLP1 (Glucagon like peptide 1) que estimula la secreción de insulina postprandial, inhibe la secreción de glucagón y actúa sobre el SNC promoviendo la hipofagia. También podría mencionarse la actividad de péptidos natriuréticos que promueven la natriuresis para mejorar los niveles de TA.

Existe un único trial, GATEWAY trial (gastric bypass to treat obese patients with steady hypertension), que evaluó específicamente el rol de la cirugía metabólica en la HTA. Se randomizaron 100 pacientes con BMI entre 30 y 39.9 kg/m² medicados con 2 drogas

antihipertensivas a recibir tratamiento quirúrgico asociado a drogas antiHTA vs únicamente drogas antiHTA. A 1 año de seguimiento se evidenció que el grupo quirúrgico tuvo una reducción del 30% en el uso del número total de drogas antihipertensivas y mayor tasa de registros de normotensión en ambulatorio (84% vs 13% $p < 0.001$). Se observó remisión de HTA en la mitad de los casos del grupo quirúrgico. A 3 años de seguimiento las diferencias se ampliaron aún más a favor de la cirugía metabólica.