

PUESTA AL DÍA EN CARDIOLOGÍA

A PROPÓSITO DE LA HIPERTENSIÓN RESISTENTE

Juan Karlo Urrea Zapata, MD*

“Detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión severa y resistente: es un tema más de pseudoresistencia”

DETECTION, EVALUATION, AND TREATMENT OF SEVERE AND RESISTANT HYPERTENSION. PROCEEDINGS FROM AN AMERICAN SOCIETY OF HYPERTENSION INTERACTIVE FORUM HELD IN BETHESDA, MD, USA, OCTOBER 10TH 2013

William B. White, MD, FASH, FAHA, FACP, J. Rick Turner, PhD, Domenic A. Sica, MD, FASH, John D. Bisognano, MD, PhD, FASH, David A. Calhoun, MD, FASH, Raymond R. Townsend, MD, FASH, Herbert D. Aronow, MD, MPH, FACC, FSCAI, Deepak L. Bhatt, MD, MPH, FACC, FAHA, FSCAI, and George L. Bakris, MD, FASH. ASH Scientific Statement. *Journal of the American Society of Hypertension* 8 (10) (2014) 743–757

Desde el 2008 no teníamos información actualizada de esta entidad que afecta entre un 20% a 30% de los pacientes tratados para la hipertensión arterial. La Sociedad Americana de Hipertensión nos ofrece este documento, y se recogen los mensajes clave para la práctica diaria:

1. Se define hipertensión arterial severa cuando las cifras de presión arterial en el consultorio (al menos 2 tomas separadas por 5 min) son $\geq 180/110$ mmHg
2. Se define hipertensión arterial resistente cuando no se consigue las metas de presión arterial después del uso de 3 medicaciones antihipertensivas con mecanismo de acción complementario en las dosis máximas toleradas y que preferiblemente se incluya un diurético.
3. Se define hipertensión arterial resistente controlada cuando se consigue mantener en metas de presión arterial por mínimo de 3 meses con 4 o más medicaciones antihipertensivas complementarias y preferiblemente entre ellas un diurético.
4. Se define hipertensión arterial refractaria cuando a pesar de 4 o más medicaciones antihipertensivas a dosis máximas toleradas, preferiblemente con un diurético entre ellas, no se llega a la metas de control en un rango de 3 meses.
5. Se define pseudoresistencia a los pacientes que no tienen hipertensión arterial resistente y que no logran controlarse con el tratamiento antihipertensivo instaurado. Este grupo de pacientes corresponde a más del 50% de los pacientes hipertensos tratados, y básicamente se deriva por la prescripción inadecuada del régimen terapéutico, o la pobre adherencia del paciente.
6. Los ejemplos de los grupos de prevención cardiovascular nos demuestran que el problema de la falta de adherencia, hace que los pacientes tengan pseudoresistencia y a

la vez polimedicación antihipertensiva, por ende se disparan los costes directos (costo de fármacos) e indirectos derivados de las complicaciones cardiovasculares por el pobre control. Por esto en algunos países se instauran medidas como el conteo mensual de la medicación administrada, los “PILL POCKET” que señalan el día y la hora de la administración de cada medicamento.

7. Aunque para definir la falta en el control de la presión arterial puede ser solo necesaria la toma de presión arterial en el consultorio (el parámetro en una TA \geq 160/100), en necesario en la mayoría de los casos un monitoreo ambulatorio de la presión arterial (MAPA) o una monitoría en casa de la presión arterial (esta última con promedios \geq 150/95) para tener la confirmación del inadecuado control de la presión.
8. Debe realizarse un estudio cuidadoso de las causas secundarias de HTA como son tumores suprarrenales, Obesidad, apnea del sueño, insuficiencia renal crónica y estenosis bilateral de arterias renales.
9. Los pacientes con depuraciones menores de 40mL/min no deben recibir diuréticos tiazídicos.
10. La polifarmacia limita la adherencia al tratamiento por lo que se recomienda el uso de medicaciones compuestas (2 ó 3 compuestos).
11. Aunque los dispositivos para la denervación renal o el uso de la terapia de estimulación de baroreceptores son terapias promisorias para estos pacientes, los resultados del SYMPLICITY HTN-3 por ejemplo dejan un manto de dudas más por la selección y tipo de pacientes (muchos con pseudoresistencia) que por los resultados. Esperaremos nuevos estudios que permitan estratificar mejor a qué pacientes le sirven este tipo de intervenciones.

El tratamiento farmacológico y las asociaciones medicamentosas van más allá del objetivo de esta revisión sin embargo planteo algunas reflexiones:

- Son todavía muy usados los betabloqueadores como antihipertensivos (no en falla cardíaca) y se sabe su pobre efecto hipotensor reservándolos solo a los paciente jóvenes con personalidad 3-A, de tono simpático elevado, tendencia a la taquicardia y la hipertensión arterial en el trabajo.
- No se debe asociar un IECA a un ARA-2 por los resultados principalmente del estudio ONTARGET para mencionar el más relevante.
- En los mayores de 55 años, se prefiere el amlodipino como la primera opción de tratamiento antihipertensivo, la mayoría de las veces asociado a un IECA o ARA-2.
- El eplerenone y la espironolactona continúan considerándose el “4to antihipertensivo” en casos de HTA no controlada por el conocido efecto de hiperaldosteronismo (10% de estos casos) secundario a la supresión del efecto de la renina plasmática.

Referencia:

<http://dx.doi.org/10.1016/j.jash.2014.06.005>

EDITOR

*: Juan Karlo Urrea Zapata, MD, FsASE

Medicina y Cirugía, Universidad Libre, Cali

Medicina Interna, Cardiología, Diagnóstico No Invasivo, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá

Fellow Student, American Society of Echocardiography, Miembro de número Sociedad Colombiana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular.

Profesor adscrito, Universidad Libre, Universidad del Valle, Cali, Colombia.

Master Universitario en proceso, Avances en Cardiología, Sociedad Española de Cardiología, Sociedad Colombiana de Cardiología, Grupo Menarini, Universidad Católica San Antonio.

Subinvestigador TIMI Study Group, Harvard Medical School, Boston, Mass.

Par Académico, Universidad Nacional de Colombia.

Editor Asociado, PLM América Latina.

International Instructor Network, American Heart Association, USA.

Instructor Internacional avalado, Operation Smile, Centro de Entrenamiento Salamandra, AHA en BLS-ACLS, ACLS-EP.

Unidad de Cardiología, DIME Clínica Neurocardiovascular, Cali, Colombia.