

PUESTA AL DÍA EN CARDIOLOGÍA

BOLETÍN No. 45 ESPECIAL HIPERTENSIÓN ARTERIAL RESISTENTE

Juan Karlo Urrea Zapata, MD*

“Hipertensión arterial resistente, refractaria, mal controlada o pseudohipertensión: aclarando lo indefinido”

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. *J Am Soc Hypertens* 2014;8(10):743–757

RESISTANT HYPERTENSION: MEDICAL MANAGEMENT AND ALTERNATIVE THERAPIES

Hossein Ghofrani, MD, Fred A. Weaver, MD, MMM, Mitra K. Nadim, MD. *Cardiol Clin* 33 (2015) 75–87

En este par de artículos, uno de consenso y el otro recogiendo la mejor información disponible, se definen de manera específica los conceptos relacionados con la hipertensión arterial (HTA) resistente, su diagnóstico, manejo y recomendaciones basadas en la mejor evidencia obtenida de este complejo escenario clínico. Aquí las recomendaciones más importantes:

1. La HTA es el factor de riesgo cardiovascular que genera más morbimortalidad en el paciente que la sufre. Las fracciones atribuibles a la mortalidad cardiovascular son: hipertensión arterial 40.6%, tabaquismo 13.7%, dieta inadecuada 13.2%, actividad física insuficiente 11.9%, glucosa anormal 8.8%. 33% de los adultos ≥ 20 años tienen HTA, los afrodescendientes tienen una prevalencia hasta del 44%. Entre las personas hipertensas, ~ 82% están alertados de su condición, 75% toman medicaciones antihipertensivas y solo 53% tienen las metas recomendadas. En este aspecto cabe resaltar que cuando se instauran programas bien estructurados de promoción y prevención en el paciente hipertenso, el 80% de estos llegan a las metas recomendadas de control.
2. La HTA resistente no es sinónimo de la HTA mal controlada. Su prevalencia está entre el 20% y 30% de la población de hipertensos, aunque hoy con la controversia de los

puntos de corte de las metas de presión arterial, pues se vuelve más difícil identificar a estos pacientes.

3. HTA resistente se define como la falla para conseguir la meta de presión arterial con un mínimo de 3 medicaciones antihipertensivas a la dosis máxima tolerada, 1 de los cuales debe ser un diurético.
4. HTA resistente controlada se define como estar en la meta de presión arterial con un mínimo de 4 medicaciones antihipertensivas, 1 de los cuales debe ser un diurético.
5. HTA refractaria es la falla para conseguir la meta de presión arterial con un mínimo de 4 medicaciones antihipertensivas a la dosis máxima tolerada (con o sin diurético incluido).
6. Pseudoresistencia se define como la falla en el control de la presión arterial en un sujeto que recibe un tratamiento adecuado y que no tiene HTA resistente, es decir, se pueden establecer unas posibles causas como son: Inadecuada técnica en la toma de la presión arterial, el concepto de fenómeno de bata blanca, la presencia de arterias calcificadas, la no adherencia farmacológica (el paciente oculta la falta en la toma de medicaciones), la inadecuada prescripción del fármaco, la polifarmacia con interacciones medicamentosas.
7. En general se puede identificar que las personas que desarrollan una HTA resistente generalmente son de edad avanzada, obesos, fumadores, con inadecuado consumo de sal, con enfermedad renal crónica, diabéticos, consumo exagerado de alcohol, o que utilizan medicaciones que alteran la presión arterial como los AINE, descongestionantes, anorexígenos, anticonceptivos, esteroides e incluso el Ginseng.
8. Siempre se debe tener en cuenta las posibles causas secundarias de HTA porque este grupo de pacientes pueden llegar a tener resistencia; el manejo de la causa de base seguramente permitirá un adecuado control de la presión arterial. Son causas secundarias de HTA de difícil control: Aldosteronismo 1rio, enfermedad renovascular (estenosis de arteriales renales, displasia fibromuscular), apnea obstructiva del sueño, síndrome de Cushing entre otras.
9. En este sentido y siguiente las recomendaciones del 8vo comité pero con la integración de las guías NICE y el grupo latinoamericano de HTA, se establece el manejo por pasos para identificar a los pacientes con HTA resistente:





10. Se identifica a los bloqueadores de Aldosterona como el 4to antihipertensivo dado que hasta un 10% de los pacientes con HTA resistente cursan con aldosteronismo primario, pero también hasta un 30% de los sujetos que toman medicaciones que bloquean el sistema RAAS (Renina Angiotensina Aldosterona) presentan un escape de aldosterona que responde muy bien a estos fármacos. Producen una reducción adicional de 16-20 mmHg en la presión sistólica y la dosis para el eplerenone o la espironolactona está entre los 25-100mg al día, con la precaución que se debe tener en cuenta en los pacientes con insuficiencia renal (creatinina > 2,5, depuración menor de 30mL/min) o con potasio elevado (generalmente > de 5).
11. Los tratamientos como la simpatectomía quirúrgica, la activación barorefleja de receptores carotídeos, aún están en investigación, pero muestran buenos resultados en fases iniciales. La ablación por radiofrecuencia, con los resultados del SYMPPLICITY-3 ha quedado postergada por ahora, pero cabe resaltar que entre las causas para que este estudio haya salido negativo estaba que muchos de los pacientes incluidos cursaban con pseudoresistencia, y por esto la poca diferencia en los resultados.

Son unas revisiones complementarias y completas de un tema controvertido pero que merecían un espacio en PUESTA AL DÍA.

Referencia:

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

<http://dx.doi.org/10.1016/j.ccl.2014.09.003>

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.