

HIPERTENSIÓN ARTERIAL RESISTENTE

Dr. Walter Escobedo Ayala*

Se trata de una excelente revisión actualizada de uno de los problemas de más difícil enfoque clínico en la práctica diaria del manejo de hipertensión arterial. Como es una revisión completa y minuciosa de la hipertensión resistente el artículo es justificadamente extenso; por lo tanto trataré, sin descuidar el mensaje central de los autores, de resumir y comentar algunos de los aspectos más importantes y trascendentes que nos ayudarán a comprender mejor este problema y a mejorar nuestra habilidad en el manejo de la hipertensión arterial resistente.

DEFINICIÓN

La hipertensión arterial resistente (HTR) se define como la presión arterial que persiste por encima de la meta objetivo a pesar del uso concurrente de tres agentes antihipertensivos de diferente clase. De manera que el paciente cuya presión este controlada y que para ello requiera de 4 o más medicamentos, debería ser considerado resistente al tratamiento.

PREVALENCIA

Mientras que la exacta prevalencia de la HTR es desconocida, los ensayos clínicos de seguimiento sugieren que no es rara, abarcando quizás el 20% al 30% en los estudios participantes. Hipertensión arterial no controlada no es sinónimo de HTR. En la HT no controlada se incluye a pacientes con pobre adherencia al tratamiento y/o inadecuado régimen de tratamiento.

PRONÓSTICO

El pronóstico de los pacientes con HTR comparados con aquellos con HT más fácilmente controlada no ha sido específicamente analizado. Todavía no se conoce el grado de disminución del riesgo CV en los pacientes con HTR que son tratados adecuadamente.

CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE

La presión permanece descontrolada, debido frecuentemente, a la elevación persistente de la sistólica. En el ALLHAT sólo se alcanzó a controlar la sistólica en el 62% mientras que la diastólica en el 92%. En el estudio

Framingham, la edad avanzada fue el mayor predictor de falta de control de la presión, seguida de hipertrofia del VI y obesidad, excesiva ingesta de sal, diabetes y nefropatía.

GENÉTICA

Factores genéticos pueden jugar un gran papel en la HTR. Mutaciones genéticas en las subunidades beta y gamma del epitelio de los canales del sodio fueron significativamente más prevalentes en pacientes con HTR.

Un alelo de la enzima 11 beta hidroxisteroid dehidrogenasa de tipo 2 ha sido asociada en pacientes afro-americanos con elevados niveles de HT sistólica más resistente al tratamiento. La identificación de factores genéticos que influyen en la resistencia a terapias comunes podría permitir el desarrollo de nuevas estrategias terapéuticas.

PSEUDORESISTENCIA

Dos formas frecuentes de toma de la presión inadecuadas pueden dar la falsa impresión de HTR: medir la presión antes que el paciente repose sentado y el uso de brazaletes pequeños.

La principal causa de falta de control de la presión es la pobre adherencia a la terapia antihipertensiva. El fracaso del control de la presión es distinto de la resistencia al tratamiento. Para que un régimen terapéutico antihipertensivo haya fracasado, necesita haberse tomado correctamente.

El síndrome de bata blanca es tan común en los pacientes con HTR como en los hipertensos comunes (hasta 30%) y manifiestan daño en órgano blanco de menor severidad.

ESTILOS DE VIDA

La obesidad esta asociada con HT más severa, necesidad de incrementar el número de antihipertensivos y alta posibilidad de no alcanzar el control de la presión y es una característica principal de los pacientes con HTR. La ingestión aumentada de dieta rica en sal contribuye al desarrollo de la HTR a través de un incremento directo de la presión y antagonizando el efecto hipotensor de la mayoría de los antihipertensivos. La ingesta de grandes cantidades de alcohol está asociada a un incremento del riesgo de HT y también a la resistencia al tratamiento antihipertensivo.

(*): Miembro Activo Sociedad Peruana de Cardiología
Cardiólogo Asistente Hospital Alberto Sabogal S. EsSALUD

DROGAS RELACIONADAS

Varias clases de agentes farmacológicos pueden incrementar la presión arterial y contribuir a la resistencia al tratamiento. Dado su amplio uso, los analgésicos no narcóticos, incluyendo a los AINES, aspirina y acetaminofen son probablemente los principales agentes responsables en términos de empeorar el control de la presión arterial. También están los componentes simpaticomiméticos, anticonceptivos orales, glucocorticoides, etc.

CAUSAS SECUNDARIAS

Causas secundarias de hipertensión son comunes en pacientes con HTR, aunque su prevalencia no se conozca. La apnea obstructiva del sueño no tratada está fuertemente asociada a HTR y es más frecuente en hombres.

Estudios recientes han demostrado que el Aldosteronismo Primario es la causa más común de HT que lo que antes se creía. El feocromocitoma representa una fracción pequeña pero importante de causas secundarias de HTR.

La HTR está presente en el 70% a 90% de los pacientes con Síndrome de Cushing donde la sobreestimulación de los receptores mineralocorticoides no selectivos es el principal mecanismo de producción de HTR. La enfermedad renal crónica es una causa común y a la vez una complicación frecuente de la HT pobremente controlada. Estudios de tratamiento de la HTR han demostrado una elevada prevalencia de enfermedad renovascular (estenosis de la arterial renal) Diabetes e HT están comúnmente asociadas, particularmente en pacientes con HT de difícil control y es un predictor de fracaso del control de la presión en estudios prospectivos.

EVALUACIÓN

La evaluación de pacientes con HTR debería estar dirigida a confirmar la verdadera resistencia e identificar las causas contribuyentes a la resistencia al tratamiento, incluyendo las causas secundarias de HT y la documentación de daño de órgano blanco. Para excluir pseudo-resistencia se requiere una evaluación minuciosa de la adherencia al tratamiento y el uso de una adecuada técnica de medición de la presión (sentado tranquilamente por 5 minutos, uso de un brazalete de tamaño adecuado, el brazo a la altura del corazón, un mínimo de dos medidas con un minuto de intervalo en los dos brazos y considerar el valor más alto obtenido).

Se debería documentar la duración, severidad progresión de la HT, la respuesta a la medicación previa utilizada, incluyendo los eventos adversos, la actual medicación usada y los síntomas de posibles causas secundarias de HT.

El examen físico debería ser minucioso.

El monitoreo ambulatorio de la presión arterial es

esencial para la documentación de la presión fuera del consultorio y del efecto de bata blanca.

La evaluación bioquímica de la HTR debería incluir el perfil metabólico de rutina, urianálisis, dosaje de aldosterona y renina, depuración de creatinina y dopaje de metanefrinas en orina.

Diagnóstico por imágenes de la arteria renal debería indicarse solo en pacientes con elevada sospecha de estenosis de arterias renales.

TRATAMIENTO

Etiológicamente la HTR es casi siempre multifactorial. El tratamiento exitoso requiere la identificación y la reversión de los factores del estilo de vida que contribuyen a la resistencia al tratamiento (pérdida de peso, restricción de ingesta de sal, consumo moderada de alcohol, incrementar la actividad física, dieta rica en fibras y baja en grasas), el diagnóstico preciso y tratamiento adecuado de las causas secundarias de la HT y el uso de regímenes efectivos multidroga.

Se debe maximizar la adherencia evitando el uso de muchas pastillas, regímenes complejos de dosificación y reduciendo los costos. Las recomendaciones para el tratamiento farmacológico de la HTR permanecen aún empíricos. Suspender medicamentos que interfieren con el control de la presión (principalmente AINES y otros). Optimizar el uso de diuréticos, que por lo general se ha detectado abuso de ellos. Se ha demostrado que estos pacientes tienen una inapropiada expansión de volumen que contribuye a la resistencia al tratamiento. Se debe maximizar la terapia combinada con medicamentos de diferente mecanismo de acción, buscando efecto antihipertensivo aditivo entre todo el arsenal terapéutico que actualmente contamos. No dejar pasar la oportunidad de usar antagonistas de los receptores de mineralocorticoides (amilorida y espironolactona) cuando estén indicados. Preferir que uno de los antihipertensivos (excepto diuréticos) sea indicado por las noches para un óptimo control de la presión nocturna. Si se sospechara de una causa secundaria de hipertensión, se recomienda enviar al paciente con el apropiado especialista.

Para mejorar el manejo clínico a largo plazo de este desorden será esencial ampliar nuestro conocimiento y comprensión de las causas de la HTR que potencialmente permitirá una prevención y/o tratamiento más efectivos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Resistant Hypertension: Diagnosis, Evaluation and Treatment. A Scientific Statement From the American Heart Association Professional Education Committee of the Council for High Blood Pressure Research.
2. David A. Calhoun et al. Hypertension 2008; 51: 0001- 0014