

# Hipertensión arterial refractaria verdadera. Estudio de prevalencia en una consulta hospitalaria

M. A. González-Benítez, M. L. Fernández-Sánchez, R. Fernández-Parrilla, M. Beltrán Robles, A. J. Ramos Guerrero, D. Jarast Olivari, J. Olmedo Llanes y A. Grilo Reina

Servicio de Medicina Interna. Hospital Universitario de Valme. Sevilla. España

**Introducción.** La hipertensión arterial refractaria (HTA-R) puede definirse como la falta de control de las cifras de presión arterial por debajo de 140/90 mmHg a pesar de tratamiento con una combinación adecuada de tres fármacos, siendo uno de ellos un diurético. La prevalencia de HTA-R entre los hipertensos españoles no es bien conocida. El objetivo sería estimar la prevalencia real de HTA-R en una consulta hospitalaria.

**Material y métodos.** A partir de una población inicial de 281 pacientes remitidos por HTA resistente al tratamiento se seleccionó a aquellos individuos que cumplían criterios de HTA-R tras la primera evaluación. Se realizó un estudio exhaustivo de dichos pacientes para confirmar el diagnóstico de HTA-R, buscando causas de HTA secundaria y otros factores contribuyentes a la falta de respuesta al tratamiento.

**Resultados.** Se seleccionó al subgrupo poblacional que cumplía criterios de HTA-R: 42 pacientes de  $60 \pm 9$  años de edad media (27 mujeres y 15 hombres). Tras un seguimiento medio de  $3,3 \pm 0,5$  años, el 73,8% de los individuos presentaba HTA secundaria, siendo el síndrome de apnea obstructiva del sueño la causa más frecuente. Se obtuvo un control adecuado de la presión arterial en la mayoría de los casos (61,9%). Sólo en el 4,8% del subgrupo de 42 pacientes existía HTA-R verdadera, al presentar HTA esencial y mantener cifras elevadas de presión arterial, a pesar del estricto seguimiento y tratamiento.

**Discusión.** La prevalencia real de HTA-R es muy baja, siendo necesario realizar un estudio exhaustivo de los pacientes. En la gran mayoría de los casos se encuentran causas secundarias de HTA y factores contribuyentes a la aparente refractariedad al tratamiento.

Palabras clave: presión arterial, hipertensión arterial refractaria, prevalencia, tratamiento antihipertensivo.

## True refractory hypertension. Study of prevalence at a tertiary care clinic

**Introduction.** Refractory hypertension is defined as the failure to reach goal blood pressure ( $\leq 140/90$  mmHg) in patients who are adhering to full doses of an appropriate three-drug regimen that includes a diuretic. Its prevalence among Spanish patients is not well documented. The objective was to determine the true prevalence of refractory hypertension in adult patients from a university hospital hypertension clinic.

**Material and methods.** Patients who fulfilled criteria for refractory hypertension were selected from an initial sample of 281 individuals with suspected resistant hypertension. An exhaustive study was performed on these patients in order to confirm refractory hypertension and to search for causes of secondary hypertension and contributing factors to poor response to treatment.

**Results.** Forty two patients were selected (average age:  $60 \pm 9$  years, 27 women, 15 men). After  $3.3 \pm 0.5$  years of monitoring, 73.8% of the individuals were diagnosed with secondary hypertension (sleep apnoea as the most frequent cause). Recommended treatment goals were achieved in most patients (61.9%). Only 4.8% of the selected patients suffered from true refractory hypertension, as they had essential hypertension and maintained high blood pressure in spite of strict treatment and monitoring.

**Discussion.** Real prevalence of refractory hypertension is very low. An exhaustive study is needed in order to diagnose it. Causes of secondary hypertension and other contributing factors to poor response to treatment can be found in most cases.

Key words: blood pressure, refractory hypertension, prevalence, antihypertensive therapy.

### Correspondencia:

M. A. González-Benítez.  
Servicio de Medicina Interna.  
Hospital Universitario de Valme.  
Carretera de Cádiz, s/n.  
41014 Sevilla. España.  
Correo electrónico: mglezbenitez@yahoo.es

Recibido: 18 de enero de 2005.  
Aceptado: 23 de abril de 2005.

## Introducción

El control de la hipertensión arterial (HTA) es difícil. Menos del 30% de los hipertensos del mundo consiguen buen control de la presión arterial<sup>1</sup>. Incluso en los grandes ensayos clínicos<sup>2,3</sup> menos de la mitad de los pacientes consiguieron controlar sus cifras de presión arterial a pesar de un privilegiado seguimiento que facilita la cumplimentación del tratamiento<sup>4</sup>.

Dada la alta prevalencia de HTA en la población general, el fracaso en la obtención de cifras óptimas de presión arterial supone que un porcentaje importante de hipertensos no consigue reducir su elevado riesgo cardiovascular<sup>5</sup>. El tratamiento antihipertensivo se ha asociado con una disminución de la incidencia de ictus, infarto de miocardio e insuficiencia cardíaca en un 35 %-40 %, 20 %-25 % y 50 %, respectivamente<sup>6</sup>.

El control inadecuado de la presión arterial es, en la mayoría de los casos, multifactorial. Suele producirse por causas como el empleo de dosis insuficientes o combinaciones inadecuadas de fármacos hipotensores, incumplimiento del tratamiento (farmacológico o dietético) por parte del paciente<sup>4</sup>, causas secundarias de hipertensión no diagnosticadas, consumo de sustancias exógenas capaces de elevar la presión arterial, interacciones medicamentosas, hipertensión de bata blanca y, finalmente, HTA realmente refractaria al tratamiento.

La prevalencia de hipertensión arterial refractaria (HTA-R) oscila entre el 3 % y el 29 % según la selección de las poblaciones de hipertensos estudiadas, el tiempo de seguimiento, la amplitud de la evaluación diagnóstica de los pacientes y la realización de registros mediante monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) como parte de dicha evaluación<sup>7,8</sup>. La prevalencia de HTA-R verdadera entre los hipertensos españoles no es bien conocida.

El objetivo de nuestro estudio es conocer la prevalencia real de HTA-R en una población de hipertensos estudiados en una consulta hospitalaria de HTA.

## Material y métodos

Estudiamos prospectivamente a todos los pacientes remitidos durante el año 2001 a nuestra consulta de la Unidad de Hipertensión Arterial del Hospital Universitario de Valme de Sevilla. Seleccionamos a los pacientes derivados por refractariedad al tratamiento hipotensor e incluimos en el estudio a aquellos que cumplían los siguientes criterios: ser mayor de 18 años, aceptar participar en el estudio y cumplir criterios de HTA-R (definida como el fracaso en el control de las cifras de presión arterial por debajo de 140/90 mmHg tras el uso durante tres meses de una triple terapia hipotensora a dosis adecuadas, incluyendo un diurético).

La definición de HTA-R "verdadera" requiere además la exclusión de causas de HTA secundaria y otros factores contribuyentes a la falta de respuesta al tratamiento.

La evaluación de nuestros pacientes se encaminó principalmente a valorar la afectación de órganos diana, confirmar el diagnóstico de HTA-R, establecer el grado de cumplimentación del tra-

tamiento y buscar causas de hipertensión arterial secundaria, así como factores contribuyentes a la falta de respuesta al tratamiento. Entre las causas de HTA secundaria se evaluó la presencia de hiperaldosteronismo primario, estenosis de la arteria renal, enfermedad renal parenquimatosa, síndrome de apnea obstructiva del sueño (definido por un estudio polisomnográfico con índice apnea-hipopnea [IAH] > 10), consumo de sustancias exógenas (por ejemplo, antiinflamatorios no esteroideos [AINE]), síndrome de Cushing, feocromocitoma, coartación aórtica, hipercalcemia, enfermedad tiroidea, síndrome carcinoide y acromegalia, entre otras. Como factores contribuyentes a la falta de respuesta al tratamiento se valoraron los siguientes: medición incorrecta de la presión arterial, exceso de consumo de sal (definido como eliminación de sodio en orina de 24 horas por encima de 120 mEq<sup>9</sup>), falta de adherencia al tratamiento, dosis inadecuadas o combinaciones inapropiadas de fármacos, obesidad (definida según la clasificación de la Organización Mundial de la Salud [OMS]<sup>10</sup>), tabaquismo, exceso de consumo de alcohol y efecto de bata blanca (elevación de la presión arterial en la consulta médica, por encima de las cifras que realmente presenta un paciente hipertenso fuera del ámbito clínico<sup>11</sup>).

A todos los pacientes se les realizó el test de cumplimentación terapéutica de Hermes<sup>12</sup>, para valorar el grado de adherencia al tratamiento farmacológico y el test de Epworth<sup>13</sup> para despistaje del síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS). Dentro de la exploración física general se recogieron los siguientes datos antropométricos: perímetros (cm) del cuello, cintura y cadera; índice cintura-cadera (ICC); peso (kg); talla (m), e índice de masa corporal (IMC: peso en kg/talla en m<sup>2</sup>).

En todos los casos se realizaron los siguientes estudios complementarios: hemograma, aclaramiento renal de creatinina, microalbuminuria, determinación de las concentraciones plasmáticas de glucosa, urea, creatinina, sodio, potasio, calcio, urato, colesterol (total, ligado a lipoproteínas de alta densidad [HDL] y ligado a lipoproteínas de alta densidad [LDL]), triglicéridos, hormona estimulante del tiroides (TSH), tirosina libre (T4L) y homocisteína, radiografía de tórax, electrocardiograma y ecocardiograma.

En el caso de aquellos pacientes que cumplían criterios de HTA-R tras la evaluación inicial se amplió el estudio con la realización de MAPA durante 24 horas, cociente aldosterona/renina plasmáticas, determinación de catecolaminas, proteinuria, cortisoluria y sodio en muestra de orina de 24 horas, estudio polisomnográfico a aquellos pacientes con puntuación mayor de 9 en el test de Epworth, ecodoppler renal, tomografía axial computarizada (TAC) abdominal y las pruebas complementarias adecuadas en ca-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9169531>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9169531>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)