

¿Sabemos manejar la hipertensión arterial refractaria?

Do we really know how to treat resistant hypertension?

Olga González-Peña, Ramón Ortiz-de-Vigón, Inmaculada Ugarte-Aróstegui, Iñigo Moina-Eguren, Javier Arrieta-Lezama

Servicio de Nefrología - Hipertensión. Hospital de Basurto. Bilbao. Bizkaia. España UE.

RESUMEN

La Hipertensión Arterial Resistente (HTAR) afecta a un 3 – 29% de los hipertensos, según se defina el cuadro. En esta revisión analizamos los factores etiopatogénicos de HTAR, las medidas diagnósticas a seguir y las modificaciones terapéuticas más útiles. Se describen y analizan la falta de adherencia a la medicación o a la dieta, la sobrecarga de volumen, los errores de la medida de la presión arterial (PA), así como las indicaciones de registro ambulatorio de 24h, o de los estudios de hipertensión secundaria, para concluir en unas recomendaciones estratégicas resumidas.

Palabras clave: Hipertensión arterial resistente, diagnóstico, tratamiento, estrategia, definición.

ABSTRACT

Resistant Arterial Hypertension affects to 3 - 29% of the hypertensive patients, depending of the used definition. In this revision we analyzed the ethiopathogenic factors of resistant hypertension, the most useful diagnostic measures and the modifications of the antihypertensive therapy. We describe and analyze the lack of compliance to the medication or the diet, the volume overload, the errors of the measurement of the BP, as well as the indications of 24 hr ambulatory registry, or the studies of secondary hypertension, to conclude in a few summarized strategic recommendations.

Key words: Resistant Arterial Hypertension, diagnostic, therapy, strategic, definition.

LABURPENA

Hipertentsio Arterial Erresistentea (HTAR) hipertentsiboen %3-29ri eragiten dio, koadroa nola definitzen den. Errebisio honetan HTAR faktore etiopatogenikoak aztertuko ditugu, jarraitu beharreko neurri diagnostikoak eta aldaketa terapeutiko erabilgarrienak. Medikazioari edo dietari zaion atxikiduririk eza deskribatu eta aztertuko da, baita bolumen gainkarga, PAren neurketaren errakuntzak, 24 orduko erregistro ambulatorioko jarraibideak eta bigarren mailako hipertentsio azterlanak ere, gomendio estrategiko laburbildu batzuekin bukatzeko.

Correspondencia:
Dra. Olga González-Peña
Servicio de Nefrología - Hipertensión
Hospital de Basurto
Avda. de Montevideo 18
48013 Bilbao. Bizkaia. España UE.
TF/FAX: 944 006 045
Correo electrónico: jarrietal@senefro.org
Recibido: 30/09/2004. Aceptado: 21/04/2005

Aunque los criterios para la definición de Hipertensión Arterial Refractaria (HTAR) han variado según las series publicadas, las décadas, el tipo de Servicio Sanitario, el país, pero sobre todo si los datos proceden de Centros de Salud o de Unidades Especializadas, la prevalencia de la HTAR varía entre un 3% y un 29%. Además, la existencia de diferentes protocolos diagnósticos y terapéuticos dificulta la comparación entre los distintos estudios.

Si nos atenemos al Joint National Committee VI: "...La Hipertensión debería ser considerada resistente si la presión arterial (PA) no se puede reducir por debajo de 140/90 mmHg en pacientes que se adhieren a un adecuado y apropiado triple régimen de drogas que incluya un diurético, con las tres drogas prescritas en cerca de sus máximas dosis. Para pacientes mayores con hipertensión sistólica aislada la resistencia es definida como el fallo de un adecuado triple régimen de drogas para reducir la presión sistólica debajo de 160 mm Hg."

La definición de la OMS (WHO-ISH) es algo diferente: "...La Hipertensión arterial debe denominarse refractaria cuando un plan terapéutico que incluya atención a las medidas en el estilo de vida y la prescripción de terapia combinada de drogas en dosis adecuadas falle en bajar la presión arterial sistólica (PAS)/presión arterial diastólica(PAD) debajo de 140/90 mm Hg. en pacientes con HTA esencial clásica o debajo de 140 de PAS en pacientes con Hipertensión sistólica aislada.

Y por último el reciente informe del JNC VII elude mencionar cifras, tras haber diferenciado los objetivos terapéuticos aplicables a diferentes pacientes, sobre todo diabéticos: “...La Hipertensión resistente es el fracaso en alcanzar el objetivo de presión sanguínea en pacientes que se adhieren a dosis plenas de un régimen apropiado de 3 drogas que incluya un diurético. Tras excluir una hipertensión potencial identificable, se deberían analizar cuidadosamente razones por las que el paciente no llega al objetivo de presión sanguínea. Particular atención debería prestarse al tipo de diurético y a la dosis en relación a la función renal. Si no se obtienen los niveles de presión sanguínea idóneos debería consultarse a un especialista en hipertensión.”

La hipertensión arterial (HTA) constituye el principal motivo de consulta al médico. A pesar de todas las guías de actuación continuamente en renovación los valores de presión arterial, en la mayor parte de los pacientes hipertensos tratados se mantienen por encima de los valores recomendados (Figura 1) (11).

Por ejemplo, en la Comunidad Autónoma Vasca la HTA constituye el trastorno cardiovascular con mayor prevalencia. Se trata de un motivo de consulta muy frecuente en Atención Primaria y sus complicaciones también suponen una elevada proporción de las causas de consulta de los servicios de Cardiología y Nefrología. Se estima que la HTA puede estar relacionada con un 42% de las muertes coronarias y con un 46-4% de las muertes por enfermedad cerebrovasculares en el Estado. Las enfermedades del aparato circulatorio representan la primera causa de muerte entre la población de la CAPV;

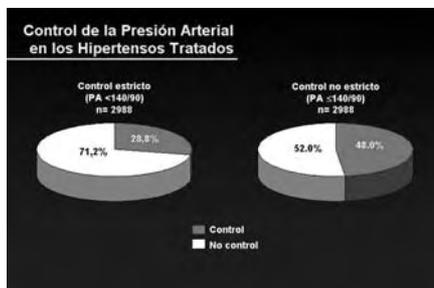


Figura 1. Autorizado por © Doyma. Hipertensión.

en los varones la 2ª causa de muerte (34´1%) después de los tumores y en las mujeres la primera (39´5%). La mortalidad por enfermedad cardiovascular sigue una tendencia descendente en la CAPV, lo mismo que en los países occidentales. Esto se ha relacionado con un mejor diagnóstico y tratamiento de la HTA. Por ello se ha confeccionado una Guía de Práctica Clínica sobre HTA donde se dan respuesta a muchas preguntas sobre objetivos de cifras de TA, diagnóstico, tratamiento en pacientes con y sin enfermedad asociada como ictus, nefropatía diabética, cardiopatía isquémica, asma, broncopatía crónica,



Figura 2. Autorizado por © Doyma. Hipertensión.

etc., así como a las medidas no farmacológicas en el tratamiento de la HTA.

Terapias combinadas antihipertensivas:

En cuanto a la terapia combinada en la Atención Primaria, sólo se usa en un 29% de casos aunque sólo el 30% de sus hipertensos presentan cifras de PA menores o iguales a 140/90. Por eso hay que recalcar que la terapia combinada es muy necesaria en A.P para alcanzar las cifras propuestas. Es importante recordar que una vez iniciado tratamiento farmacológico en monoterapia es conveniente esperar uno a dos meses antes de cambiar estrategia terapéutica.

Por otro lado y hablando de Guías, según la británica puede ser efectiva la cuádruple terapia de IECA, antagonista del calcio, betabloqueante y diurético; y es en esta fase cuando la

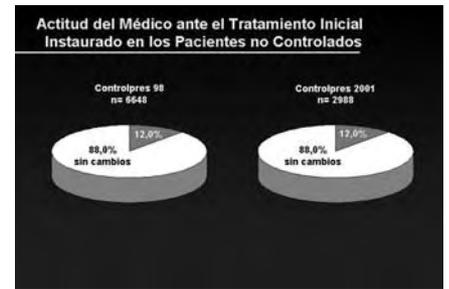


Figura 3. Autorizado por © Doyma. Hipertensión.

adición de alfabloqueantes puede ser útil. Muchos pacientes pueden ser ayudados con una eliminación adicional de sodio y en particular, grandes descensos de presión arterial han sido publicadas con el uso de un antagonista de la aldosterona como la espironolactona, siempre en combinación con otros hipotensores.

Pero en nuestro medio, no se recurre habitualmente en AP a las terapias combinadas antihipertensivas, por una suposición de que la cifra tensional obtenida en la Consulta no es representativa de la realidad tensional del paciente.

Según Coca, en muchas ocasiones no se mide la PA en condiciones óptimas, por lo que los resultados no se corresponden con su situación real; considera necesario dedicar 15 minutos a éstas mediciones, en un ambiente tranquilo; esta práctica se suele seguir de una reducción de los hipotensores, por lo que nuestras autoridades sanitarias deberían meditar sobre el posible incremento del gasto farmacéutico derivado de la falta de minutos de consulta por paciente.

En el estudio Controlpres 2001 (Figuras 1 y 2) con el objetivo de estimar la tasa de control de los hipertensos tratados en Atención Primaria en todo el territorio peninsular español se llegó a la conclusión de que el control de PA se consigue entre el 28´8% (PA menor de 140/90) y el 48% (PA igual a 140/90) de los hipertensos tratados en el ámbito de la AP en España, al tiempo que se constata la mayor dificultad de controlar la PAS en una población hipertensa de edad avanzada. La mayoría de los pacientes estaban tratados en régimen de mono-

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/9296016>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/9296016>

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