

HIPERTENSION REFRACTARIA. UNA VISIÓN DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

La hipertensión refractaria o resistente (HR), como la hipertensión en sí, sólo puede definirse arbitrariamente. La ausencia de un conjunto de criterios generalmente aceptados para clasificar a los pacientes "resistentes" ha conducido a una variedad de descripciones:

Hipertensión refractaria o resistente al tratamiento es aquella que presenta niveles de presión arterial (PA) iguales o superiores a 140/90 mmHg, a pesar de cumplir el tratamiento con un régimen apropiado de 3 fármacos antihipertensivos incluyendo un diurético. En pacientes con comorbilidades como DM o ERC, se considera resistente con niveles iguales o superiores a 130/80 mmHg. Otro autor la define como: Presión arterial que se mantiene en un valor superior al objetivo establecido, a pesar del empleo simultáneo de 3 fármacos antihipertensivos de diferentes clases. A poder ser, uno de los tres fármacos debe ser un diurético y todos los demás deben prescribirse a dosis óptimas. Y una tercera definición dice: Pacientes que han tomado dos o más fármacos fielmente durante un período prolongado (probablemente seis meses) y no han obtenido una disminución del 10% de la presión arterial sistólica o diastólica.

También hay que tener en cuenta que la hipertensión resistente incluye a los pacientes controlados con más de tres medicaciones, es decir, todos aquellos pacientes que necesitan 4 fármacos o más para alcanzar este objetivo deben considerarse resistentes al tratamiento.

Realmente, y desde el punto de vista de un médico de Atención Primaria (AP) la importancia de identificar a un paciente como hipertenso resistente desde el punto de vista práctico reside en que nos sirve para identificar pacientes que presentan un riesgo elevado de tener causas reversibles de Hta y/o pacientes que dada la persistencia de valores elevados, puedan obtener un beneficio con consideraciones diagnósticas y terapéuticas especiales.

En cuanto a su prevalencia no se conoce, en parte por la imprecisión del diagnóstico y porque los datos que podríamos emplear están sesgados y proceden en gran parte de poblaciones divergentes. Sería necesario para determinar con exactitud la prevalencia de la HR un estudio de cohorte amplia y diversa de pacientes hipertensos y utilizar un ajuste forzado del tratamiento. Algunos autores hablan que la presentan un 5% de los hipertensos. Su prevalencia en Unidades de Hta es más elevada (11-13%)

El pronóstico de estos pacientes no se ha evaluado, en comparación con los pacientes que presentan una Hta más fácilmente controlable. Presumiblemente sea peor por tener unos antecedentes prolongados de Hta mal controlada y a menudo presentar otros factores de riesgo cardiovascular asociados: DM, apnea obstructiva durante el sueño, HVI. No se sabe en que medida se reduce el riesgo cardiovascular con el tratamiento de la Hta resistente.

Causas de pseudoresistencia:

1º Mala técnica de determinación de la presión arterial. Hipertensión clínica aislada o Efecto bata blanca.

2º Mala adherencia

3º Factores de estilo de vida: Obesidad Sal de la dieta, Alcohol, Causas relacionadas con medicamentos (Aines, paracetamol, descongestionantes, anticonceptivos orales, regaliz, plantas medicinales)

4º Causas secundarias de Hta: Frecuentes: SAHS, Aldosteronismo primario, Enf. Parenquimatosa Renal, estenosis arteria renal. Menos frecuentes: S. de Cushing, Feocromocitoma, Hiperparatiroidismo, Tumor intracraneal y coartación de aorta.

Evaluación.-

Ante todo paciente sospechoso de HR tenemos realizar una anamnesis cuidadosa, una exploración física adecuada, hay que confirmar que cumple el paciente la pauta de medicación prescrita, obtener las lecturas de la PA de forma adecuada, identificar y revertir los factores de estilo de vida contribuyentes, suspender o reducir las sustancias que interfieran el control de su PA, detectar sistemáticamente las causas de hipertensión secundaria.

Recomendaciones terapéuticas.-

La HR es casi siempre de etiología multifactorial por lo que deberemos dar al paciente una serie de recomendaciones no farmacológicas: Reducción de peso, restricción de sal en la dieta hasta los niveles adecuados, moderación en el consumo de alcohol, aumento de la actividad física, llevar una dieta rica en fibras y pobre en grasas.

Deberemos tratar si existieran las posibles causas de hipertensión secundaria. En cuanto al tratamiento farmacológico suspendaremos o evaluaremos las medicaciones que esté tomando y puedan interferir en su PA.

Optimizaremos el tratamiento con diuréticos, pues en las evaluaciones de pacientes con HR remitidos a unidades de Hta se ha observado de manera uniforme que la resistencia al tratamiento se debía en parte a una falta de uso o un uso insuficiente del tratamiento diurético.

Deberemos emplear un tratamiento combinado teniendo en cuenta que aparte de los estudios de combinaciones de dos fármacos hay pocos datos que evalúen la eficacia de combinaciones específicas de 3 o más medicamentos. Las recomendaciones de combinaciones específicas de múltiples fármacos es en parte empírica y/o testimonial. Una pauta IECA o ARA +ACA + DIURÉTICO tiazídico es eficaz y bien tolerada.

Las combinaciones de tres o más fármacos deben ajustarse de manera individualizada, teniendo en cuenta: Efectos beneficiosos previos, Antecedentes de efectos adversos, Factores contribuyentes: DM, ERC y las limitaciones económicas del paciente.

Remisión Atención Especializada.-

Diversos estudios indican que los pacientes con hipertensión resistente obtienen realmente un efecto beneficioso tras su remisión a una Unidad de Hipertensión.

Si se sospecha una causa secundaria específica de Hta se recomienda su remisión al especialista apropiado. En la ausencia de sospecha de causas secundarias de Hta, se recomienda la remisión al especialista si PA se mantiene elevada a pesar de 6 meses de tratamiento.