

HIPERTENSION REFRACTARIA

Dr De Cerchio E Alejandro

CASOS CLINICOS

1. Paciente con presiones promedio 176/100 mm Hg trat con **enalapril** 10 mg.
2. Paciente con presión promedio 160/94 mm hg trat con **enalapril** 10 mg, **amlodipina** 5mg y **atenolol** 50 mg.

CASOS CLINICOS

3. Paciente con presiones promedio 130/84 mm hg Diabético trat con **enalapril** 20 mg **Amlodipina** 5 mg , **hidroclorotiazida** 12,5 mg

4. Paciente con presiones promedio 110/70 mm hg trat con **irbesartan** 300mg, **amlodipina** 20mg, **clortalidona** 25mg, **carvedilol** 50 mg y **espironolactona** 50 mg

CASOS CLINICOS

Paciente con presiones promedio 146/92 mm hg tratado desde hace 6 meses con **Ramipril** 10mg, **clortalidona** 25mg, **nifedipina** 60mg, **atenolol** 100mg, **doxasocina** 8mg

HIPERTENSION REFRACTARIA

Confirmar resistencia al tratamiento

- Presión de consultorio $>140/90$ mm hg o $130/80$ mm hg en diabetes e IRC
- Paciente tratado con 3 drogas antihipertensivas a dosis óptimas incluyendo un diurético. (durante 6 meses)
- Presión arterial en el objetivo pero con requerimiento de 4 o más drogas antihipertensivas.

Características frecuentes

Paciente anciano, diabético, con fallo renal
sobrepeso, HVI, e HSA.

NHANES (1999-2000)

% No alcanza Meta

Meta TA		Sistolica	Diastolica
Tipo de Paciente	(mm Hg)	BP	BP
Total hipertensos	<140/90	57%	26%
Afro-americanos	<140/90	60%	32%
Mexican-American/ Hispanicos	<140/90	63%	30%
Ancianos (≥ 60 años)	<140/90	71%	9%
Enf. Coronaria Sintomática	<140/90	47%	4%
Pacientes con diabetes	<130/85	81%	24%

EXCLUIR SEUDORESISTENCIA

- Evaluar adherencia al tratamiento
- Excluir guardapolvo blanco

Identificar causas reversibles de estilo de vida

- **Obesidad**
- **Sedentarismo**
- **Ingesta excesiva de alcohol**
- **Ingesta elevada de sal y baja en fibras**

Screening de causas secundarias

- **Feocromocitoma:** palpitaciones, diaforesis cefalea, crisis hipertensivas.
- **Cushing:** facie de luna llena, obesidad central, estrias abdominales, grasa interescapular
- **Coartación de aorta:** diferencia de pulso braquial y femoral, soplo sistólico.

Screening de causas secundarias

- **Apnea obstructiva del sueño:** ronquidos, episodios de apnea nocturna, somnolencia
- **Hiperaldosteronismo:** hipokalemia, radio aldosterona/renina elevado
- **IRC:** Clearance de creatinina <30 ml/min
- **Estenosis arteria renal:** Mujer joven, enfermedad aterosclerótica conocida, deterioro de la función renal

Hiperaldosteronismo primario

En una evaluación de más de 600 pac hipertensos no seleccionados
La prevalencia fue del 6.1%.

El subgrupo de hipertensos severos 13%

En hipertensos resistentes 20%

La hipokalemia fue infrecuente

Hiperaldosteronismo primario

Hipertensiòn

Relaciòn A/ARP

>25

Probable AP

<25

HTA esencial

Test de supresiòn de aldosterona

Aldosterona no sup

Aldosterona

Aldosteronismo primario

Hipertensiòn esencial

Mosso L, Carabajal C. Hypertension 2003;42:161

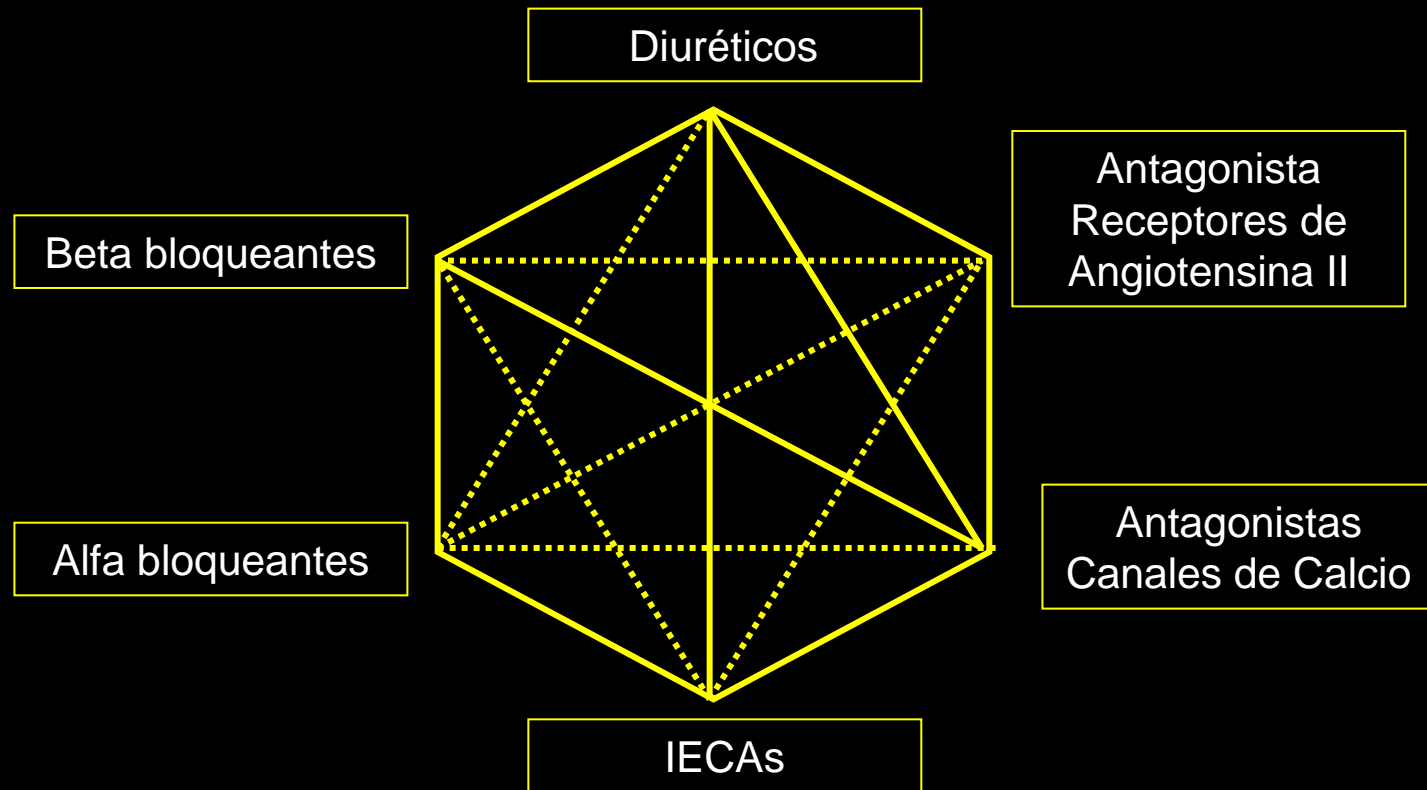
Discontinuar o minimizar drogas hipertensógenas

- AINES
- Simpaticomiméticos (descong. past.adelgazar)
- Estimulantes
- Anticonceptivos orales
- Licorice
- Efedrina

TRATAMIENTO

- Combinar agentes con diferentes mecanismos de acción
- Maximizar terapia diurética incluyendo bloq de receptores de mineralocorticoides
- Utilizar diuréticos de asa en IRC

Posibles combinaciones de agentes antihipertensivos



Las familias de drogas que están recuadradas han sido probados en estudios intervencionistas

Fuente: Guías para el Tratamiento de la Hipertensión Arterial. Sociedad Europea de HTA / Cardiología 2003.

Younger (<55 years)
and non-black

Older (≥55 years)
or black

Step 1

A (or B*)

C or D

Step 2

A (or B*) + C or D

Step 3

A (or B*) + C + D

Step 4
Resistant hypertension

Add either α blocker
or spironolactone or other diuretic

A: ACE inhibitor or angiotensin receptor blocker

B: β blocker

C: Calcium channel blocker

D: Diuretic (thiazide
and thiazide-like)

* Combination therapy involving B and D may induce more new onset diabetes compared with other combination therapies