

Hipertensión refractaria: “ Un enfoque practico”

De Cerchio E. Alejandro, Farias Eduardo ,
Fernández G. Eva, Romano Alfredo

Introducción

La hipertensión refractaria, es una entidad poco frecuente, según las distintas series entre el 2% y el 5% de los hipertensos tienen verdadera refractariedad al tratamiento antihipertensivo. Sin embargo la hipertensión arterial es una patología que ofrece un sin número de factores que pueden complicar el tratamiento y ocasionar respuestas subóptimas. Actualmente existe consenso en definir a la hipertensión refractaria como aquella que persiste mayor o igual a 140/90 mm Hg aún con un apropiado triple esquema a dosis altas siendo una de las drogas un diurético tiazídico, y mantenerlo durante seis meses para evaluar su eficacia. El JNC VI agrega que para la hipertensión sistólica aislada el esquema debe fallar en reducir la TA por debajo de 160 mm Hg.

Una mención especial debemos hacer para aquellos pacientes Diabéticos o con algún grado de fallo renal y proteinuria de más de 1 gramo, que se beneficiaran de objetivos más ambiciosos 130/85 mm Hg y 125/75 mm Hg respectivamente.

El objetivo de este artículo es ofrecer un sentido práctico y establecer pautas para enfocar el problema de la manera más sencilla posible, teniendo en cuenta que este grupo de pacientes suelen, por lo general, presentarse como “hipertensos severos” que frecuentemente motivan al médico a iniciar engorrosas y muy costosas prácticas diagnósticas, habitualmente poco rentables en la búsqueda de hipertensión secundaria. Pues entonces considero importante tener claro algunos conceptos para no fallar en el principal problema que ofrece esta entidad, que es su correcto diagnóstico.

Tabla I:

Causas de hipertensión resistente

- Falta de adherencia a la terapia
- Pseudo resistencia
- Condiciones asociadas

- Causas relacionadas con medicamentos
- Sobrecarga de volumen
- Hipertensión secundaria

El primer punto a investigar es el de la ADHERENCIA al tratamiento. Se sabe que el 60% de los hipertensos tienen adherencia completa, el 30% adherencia parcial y el 10% son no adherentes y que del 60% de adherentes el 30% hace algún grado de abandono al año, esto lleva según distintos ensayos controlados a que solo un 30% de pacientes adhiere al tratamiento al año, entendiéndose como la toma del 80% al 100% de la medicación indicada. Así que debemos ser minuciosos y sospechar falta de adherencia si el paciente habitualmente no concurre a las consultas, o con marcadores más objetivos, como por ejemplo si le hemos indicado un beta bloqueador y el paciente está taquicárdico, o tiene un progresivo aumento de peso corporal o el ionograma urinario nos señala un excesivo consumo de sodio; del interrogatorio de terceros puede surgir el consumo excesivo de alcohol o el no abandono del hábito tabáquico.

Para mejorar la adherencia deberíamos prestar atención a los siguientes puntos:

- a. Esquemas de dosificación inconveniente y confusos
- b. Efectos secundarios de los fármacos
- c. Costo del tratamiento
- d. Instrucciones no bien entendidas por el paciente
- e. Inadecuada instrucción del paciente
- f. Síndrome orgánico cerebral (por ejemplo déficit de memoria)

Las malas técnicas para el registro de la presión como el hecho frecuente de utilizar un manguito pequeño para pacientes obesos o de brazos voluminosos también debe ser tenido en cuenta y hay que tratar de usar el adecuado para evitar sobrestimar la presión de estos pacientes.

Dos causas de aparente refractariedad que habitualmente no están en el pensamiento del médico de consulta son 1) La "SEUDOHIPERTENSIÓN" que no es infrecuente en pacientes ancianos con arterias rígidas que han perdido complacencia y se presentan con presiones muy elevadas, pero debe llamarnos la atención la ausencia de daño de órganos blanco, (cosa que habitualmente está presente en hipertensos severos), y esto se explica por que la presión intraarterial es normal o baja motivo por el que estos pacientes no toleran la medicación antihipertensiva, en oportunidades con severos síntomas de hipotensión resultado de esquemas agresivos e innecesarios de drogas hipotensoras. Puede ser de utilidad la búsqueda del signo de Osler, que se obtiene al constatar la persistencia del pulso aún insuflando el manguito a presiones supra sistémicas. 2) La HIPERTENSIÓN DE GUARDAPOLVO BLANCO que tiene una prevalencia de alrededor del 20%, es más frecuente en ancianos sobre todo mujeres, son pacientes que están siempre hipertensos en la consulta, situación que lleva a incrementos de dosis sin respuestas y también como en el caso anterior con síntomas de hipotensión sin daño de órgano blanco con normotensión en los registros domiciliarios, lo que debe ser confirmado por MAPA ya que a estos pacientes hay que retirarles las drogas explicándoles correctamente la situación e indicarles solo cambios de hábitos.

La OBESIDAD esta presente en más del 40% de los hipertensos complicando la correcta valoración de la TA y participando en la génesis de la hipertensión e interfiriendo con la eficacia del tratamiento; aumentando además la posibilidad de que el paciente padezca APNEA DEL SUEÑO, situación frecuente en hipertensos, pudiendo identificarse un grupo de mayor riesgo como ser: Hombres, roncadores, con circunferencia del cuello > a 40 cm. Esta entidad debe ser siempre indagada por ser frecuentemente no diagnosticada, siendo no solo causal de refractariedad sino también un importante determinante pronóstico.

El TRATAMIENTO SUBÓPTIMO, es una frecuente explicación para la falla en el control de la hipertensión. Los pobres esquemas antihipertensivos con malas asociaciones de drogas, son un hecho frecuente de encontrar en la práctica, quizás con el médico satisfecho por tener un paciente asintomático, o temeroso de utilizar combinaciones de drogas a dosis altas, se pone de manifiesto una notoria falta de agresividad, a la hora de alcanzar los objetivos propuestos por las normas actuales, privando a los pacientes del importante beneficio

de estar controlado. Los relevamientos epidemiológicos señalan que el 80% de los pacientes están tratados con monoterapia. En los últimos años numerosos ensayos han dejado bien en claro que el control de la hipertensión no es tarea fácil, y que para lograr valores de normotensión debemos utilizar en mas del 70% de los casos 2 o más drogas.

En nuestro centro, los pacientes que fueron invitados a charlas instructivas sobre hipertensión y factores de riesgo, estaban siendo tratados con monoterapia el 60%, con el sesgo de que no eran hipertensos puros sino que muchos de ellos tenían una patología asociada que motivo la indicación de una droga por ejemplo betabloqueantes en los coronarios.

No deberíamos pasar por alto diagnósticos como ATAQUES DE PÁNICO Y TRASTORNOS DE ANSIEDAD, para lo cuál una consulta con especialistas podría ayudar al control de la T.A. de estos pacientes.

LAS DROGAS QUE PUEDEN INTERFERIR CON EL TRATAMIENTO, deben ser siempre tenidas en cuenta puesto que los pacientes suelen recibir polimedicación, siendo las más frecuentemente implicadas: (Cuadro 2)

Tabla II

Fármacos que interaccionan con la terapia Antihipertensiva

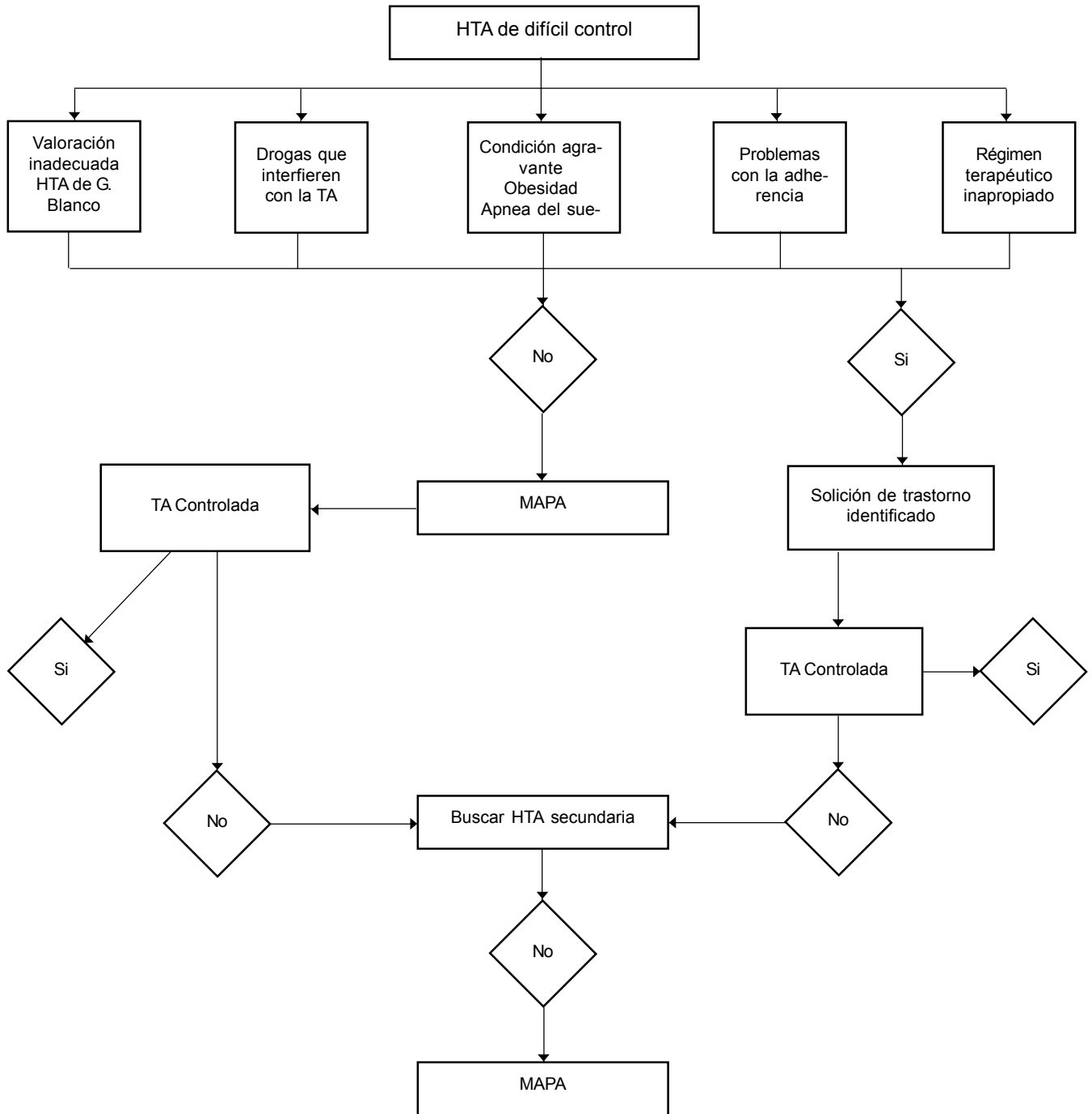
- Antiinflamatorios no esteroideos
- Simpaticomimético: descongestivos nasales, inhibidores del apetito, cocaína, cafeína.
- Antidepresivos: IMAO, tricíclicos.
- Anticonceptivos orales.
- Esteroides adrenales.
- Ciclosporina
- Eritropoyetina
- Colestiramina

Una vez revisado todo esto y si aún no hemos encontrado una explicación para el comportamiento inapropiado de la presión arterial entonces deberíamos pensar en la búsqueda de una CAUSA SECUNDARIA; donde sin dudas las de origen renal (renoparenquimatosas y renovasculares) son las mas frecuentes, pero también hay que pensar en los trastornos hormonales y aquí sobre todo las disfunciones tiroideas y las menos frecuentes

como el feocromocitoma y el hiperaldosteronismo primario.

por no contar con laboratorios bioquímicos que realicen dosaje de renina, aldosterona ni catecolaminas en orina. Si la sospecha de una de estas patologías es fuerte se debe agotar las instancias para llegar al diagnóstico. En un estudio publicado por Brown y col. demostraron que

Realizar diagnósticos de estas patologías en nuestro medio significa chocar con algunas dificultades



- **Guideline for Management of Hypertension.** World Health Organization. J Hypertension 1999, 17:151-185.
- **Joint National Committee IV**, on Detection, Evaluation, and Treatment of high Blood Pressure.
- **The role of nSpironolactone** in the treatment of patients with refractory hypertension. A. J. Of Hypertension 2002, 15:333-339.
- **Brown MA**, Buddle ML, Martin A. ¿Es la hipertensión resistente realmente resistente?. A. J. Hypertension 2001 Dec; 14(12): 1263-9