

Hipertensión Arterial Resistente

Disertación del Dr. Roland E. Schmieder –Nephrology and Hypertension, University Hospital Erlangen, Germany. Lunes 26 de junio de 2023.

Sesión: ESH 2023 GUIDELINES. SPECIFIC CONDITIONS.

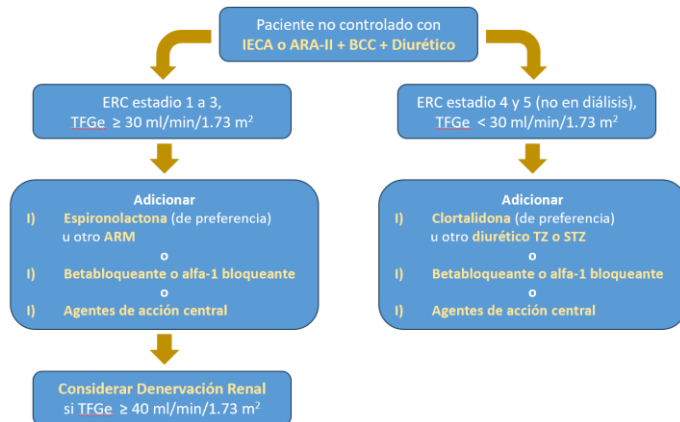
Desde el punto de vista epidemiológico, y basado en un metaanálisis con 3.2 millones de pacientes, la prevalencia en población general de hipertensión arterial (HTA) resistente verdadera se estima en 10.3%. Es de notar que existe subpoblaciones de pacientes en donde la prevalencia de HTA resistente es mayor, como aquellos pacientes con enfermedad renal crónica (ERC: 22.9%), trasplante renal (56%) y pacientes adultos mayores (12.3%). Las nuevas guías de la European Society of Hypertension (ESH) 2023, definen a la HTA resistente con clase de recomendación I y nivel de evidencia C, como aquella con presión arterial sistólica ≥ 140 mmHg o presión arterial diastólica ≥ 90 mmHg y que cumpla con las siguientes condiciones:

- se encuentre bajo tratamiento combinado con tres drogas a dosis máxima recomendada y toleradas que incluya a un inhibidor del sistema renina angiotensina (IECA o ARA-II), un bloqueante de canales de calcio y un diurético tiazídico o símil tiazídico, confirmado
- que los valores de presión arterial se hayan confirmado por monitoreo ambulatorio de la presión arterial (si no es posible, puede considerarse el monitoreo domiciliario de la presión arterial, en este caso con clase de recomendación II y nivel de evidencia C)
- que se hayan excluido las causas de HTA secundaria e HTA pseudo-resistente (especialmente pobre adherencia a la medicación)

Adicionalmente, las guías recomiendan (con clase de recomendación I y nivel de evidencia B) manejar la HTA resistente como una condición de alto riesgo cardiovascular debido a que se asocia frecuentemente a daño de órgano blanco mediado por HTA y a un aumento del riesgo cardiovascular. En estos pacientes, se recomienda reforzar las medidas no farmacológicas y la meta de presión arterial debería reducirse por debajo de 140/90 mmHg y, en caso de que lo tolere, por debajo de 130/80 mmHg.

Las drogas que pueden considerarse para el tratamiento de la HTA resistente son espironolactona (de preferencia, u otro antagonista del receptor de mineralocorticoides), o betabloqueantes, o bloqueantes alfa 1 o agentes de acción central (clonidina) o amiloride (clase de recomendación II y nivel de evidencia B). Para lograr un tratamiento efectivo debería combinarse con los cambios en el estilo de vida.

Con clase de recomendación I y nivel de evidencia B, los diuréticos tiazídicos/símil tiazídicos se recomiendan en la HTA resistente si el filtrado glomerular estimado es ≥ 30 ml/min/1.73 m². De la misma manera, los diuréticos de asa pueden ser considerados en pacientes con filtrado < 45 ml/min y deben ser utilizados si el filtrado cae por debajo de 30 ml/min. Basados en la evidencia del estudio CLICK, la clortalidona (12.5 a 25 mg/d) podría ser empleado con o sin diurético de asa si el filtrado está por debajo de 30 ml/min (clase de recomendación II y nivel de evidencia B). El algoritmo actual de la guía ESH para el manejo de la HTA resistente es el siguiente:



La denervación renal puede considerarse como opción de tratamiento adicional en pacientes con HTA resistente si el filtrado es > 40 ml/min (clase de recomendación II y nivel de evidencia B). Esta recomendación se basa en un metaanálisis de los principales 5 estudios clínicos de buen diseño, controlado y aleatorizados en donde se observó una caída significativa de 4.1 mmHg de la presión arterial ambulatoria de 24 hrs y de 5.7 mmHg en la presión arterial sistólica de consultorio.

Por último, es necesario un seguimiento cercano de estos pacientes, lo que incluye controles periódicos con monitoreo ambulatorio de presión arterial, monitorear la adherencia al tratamiento farmacológico y evaluar daño de órgano blanco, particularmente de la función renal y niveles de potasio sérico (clase de recomendación I y nivel de evidencia C).

Lecturas recomendadas

- Mancia G, et al. J Hypertens 2023.
- Agarwal R, et al. N Engl J Med 2021;385:2507-19.
- Schmieder R, et al. Interv Cardiol 2023;18:e06.