

HIPERTENSION ARTERIAL RESISTENTE

Miguel Camafort: Internal Medicine Department Hospital Clínic. University of Barcelona Assistant Professor. University of Barcelona. Liaison Officer. Council of Hypertension. European Society of Cardiology Vicechair. Working Group of Hypertension and the Heart. European Society of Hypertension. International Advisor. SIAC-Prevent.



Las enfermedades cardiovasculares representan un importante desafío para la salud mundial por la cantidad de muertes, hospitalizaciones y discapacidades que se asocian con ellas. La hipertensión arterial, es uno de sus principales factores de riesgo. El tratamiento antihipertensivo, incluyendo los cambios en el estilo de vida y los fármacos con efecto hipotensor, ha demostrado, en incontables estudios, su capacidad de disminuir los eventos cardiovasculares en personas con hipertensión. Por ello las guías internacionales han determinado los objetivos de presión arterial, a los que debemos llevar a nuestros pacientes ya que por debajo de ellos se reduce, de manera eficiente, el riesgo de enfermedades cardiovasculares.

El diagnóstico precoz de la hipertensión arterial, su tratamiento y el control de las cifras de presión arterial son un objetivo de primera magnitud a nivel de todo El Mundo y especialmente en América latina. Sin embargo, en determinados individuos, tras implementar cambios de estilo de vida y recibir tratamiento de acuerdo con las guías, observamos que siguen presentando cifras de presión arterial que están, persistentemente, por encima de los objetivos. Esta situación se ha denominado hipertensión resistente, y se caracteriza por ser una entidad con un riesgo de eventos cardiovasculares,

así como enfermedad renal crónica, aún mayor que la hipertensión arterial “per se”. La hipertensión arterial resistente, se define por parte de las guías como una elevación persistente de las cifras de presión arterial, por encima de los objetivos, en individuos que están recibiendo tratamiento antihipertensivo simultáneo con, al menos, tres clases diferentes, que deberían incluir un bloqueador de canales de calcio de acción prolongada, un bloqueante del sistema de renina-angiotensina (RAS), (ya sea un inhibidor de la enzima de conversión de la angiotensina [IECA] o un bloqueador del receptor de angiotensina 2, [ARA2]) y un diurético. Asimismo, para poder ser definido como hipertensión resistente se recomienda que todos los fármacos se administren en sus dosis máximas, o en las dosis máximas toleradas, y en una frecuencia de administración adecuada. Asimismo, y para poder hablar con precisión de hipertensión resistente, es necesario garantizar que existe adherencia al tratamiento y asimismo excluir las causas secundarias de la hipertensión, así como confirmar la falta de control mediante la medida de presión arterial fuera de la consulta, ya sea por monitorización ambulatoria o por auto medida a domicilio de la presión arterial.

Aunque se ha cifrado entre un 5 y un 10%, es muy difícil conocer la verdadera prevalencia de la Hipertensión resistente debido a varios factores, entre ellos el hecho de que, en muchos estudios poblacionales, no se dispone de medidas de presión arterial fuera de la consulta, por lo que, al no existir una confirmación, estos datos pertenecen a lo que llamamos hipertensión a arterial resistente aparente.

Un diagnóstico adecuado de hipertensión resistente, requiere, obligatoriamente, completar una serie de etapas como son la identificación de la pseudo-hipertensión arterial resistente, la reducción o eliminación de medicamentos que pueden interferir en un buen control de la presión arterial debido a su efecto elevador de la presión, y, finalmente, descartar la presencia de una hipertensión secundaria. Nos referimos a hipertensión pseudo-resistente cuando existen factores que pueden producir inexactitudes en las cifras obtenidas en el seguimiento de la presión arterial. Estos factores incluyen una preparación inadecuada del paciente para la medida, un entorno subóptimo en la consulta, una selección inapropiada del tamaño del manguito y técnicas de medición incorrectas. Además, es de suma importancia considerar la cuestión de la falta de adherencia al tratamiento antihipertensivo prescrito, ya que existen un grupo de nos siguen o tienen dificultades para cumplir con el tratamiento prescrito.

El tratamiento de la hipertensión resistente. deberá incluir modificaciones en el estilo de vida, incluyendo la adopción de una dieta baja en sodio y una reducción significativa o eliminación del consumo de alcohol, asimismo debe reforzarse la práctica de ejercicio físico, la reducción de peso hasta unos niveles de índice de masa corporal adecuados, y debe eliminarse en la medida de lo posible el

consumo de sustancias que interfieren con la eficacia del tratamiento o bien producen elevaciones secundarias de los niveles de presión arterial.

Asimismo, debería iniciarse un régimen de tratamiento simplificado, preferentemente tratamiento con diferentes principios combinado en una sola pastilla, a fin de mejorar la adherencia.

Más allá de los 3 fármacos incluidos en la definición de la hipertensión resistente debe pensarse en la administración como cuarto fármaco de un antagonista del receptor mineralocorticoide (MRA) siendo espironolactona la que está respaldada por un alto grado de evidencia, cómo los ensayos PATHWAY-2, ReHOT y varios metaanálisis. Aunque la aparición de hipercalcemia se ha relacionado con el tratamiento con espironolactona, los nuevos fármacos quelantes de potasio, como patiromero o el ciclosilicato de zirconio y sodio, han demostrado su potencial en la reducción de la aparición de la hiperkaliemia. La Eplerenona, un agente farmacológico antagonista del receptor mineralocorticoide con una potencia inferior a espironolactona, también ha demostrado eficacia en la reducción de los niveles de presión arterial. Los nuevos antagonistas de receptores de mineralocorticoides no esteroideos (AMR), como la finerenona, la esaxerenona y otros podrían servir como alternativas viables a la espironolactona. Nuevos estudios han demostrado la eficacia de clortalidona en sujetos hoy con hipertensión arterial resistente y filtrado glomerular estimado por debajo de 40 ml/min. Hoy Por otra parte, la American Heart Association (AHA) y el American College of Cardiology (ACC) recomiendan además de la inclusión de antagonistas de receptores mineralocorticoides, intensificar el tratamiento diurético previo, y la

utilización de diuréticos de asa como estrategias adicionales para disminuir la presión arterial.

Nuevos fármacos, como los inhibidores selectivos de la sintetasa de la aldosterona, como el baxdrostat, han demostrado, en estudios preliminares, ser eficaces en la reducción de la presión arterial en individuos con hipertensión resistente, por lo tanto, potencialmente sirven como una opción terapéutica adicional. Asimismo, antagonistas de la endotelina 1, como aproclintan también han demostrado su eficacia en la reducción de presión arterial en sujetos con hipertensión arterial resistente. Por otra parte, ensayos clínicos aleatorizados recientes con denervación renal endovascular, han mostrado su eficacia, en la reducción de la presión arterial en pacientes con hipertensión no controlada y tasa estimada de filtración glomerular (eGFR) excede los 40 ml/min/1,73m².