



RV-H-003 - HIPERTENSIÓN ARTERIAL REFRACTARIA Y MONITORIZACIÓN AMBULATORIA DE LA PRESIÓN ARTERIAL EN PACIENTES HIPERTENSOS TRATADOS CON 5 O MÁS FÁRMACOS ANTIHIPERTENSIVOS. ESTHEN-7

A. Sánchez Biosca¹, B. Batalla Insenser¹, E. Estirado de Gabo², E. Moya Mateo³, J. Mediavilla Gracia⁴, N. Muñoz Rivas³, M. Doménech Fera-Carot⁵ y J. Sobrino Martínez¹

¹Investigadores grupo ESTHEN. Hospital de Esperit Sant. Santa Coloma de Gramenet (Barcelona).

²Investigadores grupo ESTHEN. Hospital Carlos III. Madrid. ³Investigadores grupo ESTHEN. Hospital Infanta Leonor. Madrid. ⁴Investigadores grupo ESTHEN. Complejo Hospitalario Regional Virgen de las Nieves. Granada.

⁵Investigadores grupo ESTHEN. Hospital Clínic i Provincial de Barcelona. Barcelona.

Resumen

Objetivos: Analizar la prevalencia de HTARf enmascarada o “control clínico aislado” y de pseudorefractariedad en los sujetos hipertensos tratados con 5 o más fármacos antihipertensivos, incluyendo un diurético.

Material y métodos: Se incluyeron todos los pacientes de forma consecutiva acudían a las visitas rutinarias realizadas en las diferentes Unidades de HTA del territorio español adscritas al proyecto y que estuvieran recibiendo 5 o más fármacos antihipertensivos. Se les realizó una medición de presión arterial clínica (PAC), media de 3 tomas, una monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) de 24 horas, un electrocardiograma y una analítica sanguínea y urinaria básica. La hipertensión arterial refractaria (HTARf) se define como aquella situación en la que los valores de presión arterial (PA) en la clínica son elevados ($\geq 140/90$ mmHg), en sujetos que toman 5 o más fármacos antihipertensivos.

Resultados: Se analizaron 44 hipertensos (28 varones y 16 mujeres) con una edad media $65,63 \pm 10,19$ años, 27 pacientes (61,4%) tomaban 5 fármacos antihipertensivos, 15 pacientes tomaban 6 fármacos y solo 2 tomaban 7 o más antihipertensivos; los fármacos más prescritos eran las calcioantagonistas en el 100% de los pacientes seguidos de las tiazidas y betabloqueantes en 38 pacientes, los ARA 2 en 35 pacientes, alfabloqueantes en 31 pacientes, antialdosterónicos en 28 sujetos, diuréticos del asa e IECAS en 10 pacientes y un mucha menos proporción inhibidores adrenérgicos periféricos, agonista alfa centrales y vasodilatadores directos. Los valores de PAC medios fueron $145,76 \pm 25,46/79,6 \pm 14,02$ mmHg, y los de MAPA para las 24 horas de $131,64 \pm 18,34/72,82 \pm 11,92$ mmHg, para el periodo diurno de $132,98 \pm 18,63/74,45 \pm 12,57$ mmHg y para el periodo nocturno $127,95 \pm 20,01/69,36 \pm 12,06$ mmHg. En 34 pacientes (77,3%) se presentaba un buen control de la PAC ($< 140/90$ mmHg), aunque en 6 de estos (13,6% del total) tenían una PA por MAPA elevada: HTARf enmascarada y por el contrario de los 16 pacientes sin buen control de la PAC, la mitad (18,2% del total) tenían un buen control por MAPA: pseudorefractariedad. El análisis comparativo entre estas distintas situaciones con los datos antropométricos, los antecedentes patológicos, los resultados bioquímicos y los datos de lesión de órgano subclínico analizados no

permitieron observar diferencias estadísticamente significativas entre ellos.

Conclusiones: A pesar de una correcta técnica de medida de PAC es imprescindible la práctica de una MAPA en los hipertensos con toma de 5 o más fármacos antihipertensivos, dado que sin ella 1 de cada 6 serán infratratados y casi uno de cada 5 recibirá más fármacos de los necesarios.