

## Hipertensión Arterial en Situaciones Especiales

Se describe el enfoque de la hipertensión arterial en el contexto de afecciones como la cardiopatía isquémica, la enfermedad vascular cerebral y las urgencias y emergencias hipertensivas, entre otras.

**Fuente:** European Heart Journal 42-48, Jun 2013  
**Institución:** European Society of Cardiology, European Society of Hypertension; Milán, Italia  
**Autores:** Mancia R, Fragard R, Zannad F y colaboradores

**Traducción textual:** Normativas 2013 de la Sociedad Europea de Hipertensión y la Sociedad Europea de Cardiología (ESH/ ESC) para el Abordaje de la Hipertensión Arterial  
**Título:** 2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension

### Enfermedad vascular cerebral

El enfoque de la presión arterial durante la fase aguda del evento cerebral vascular (EVC) es motivo de continuo debate. En estudios como el *Acute Candesartan Cilexetil Therapy in Stroke Survival* (ACCESS) se ha sugerido un beneficio del tratamiento con candesartán en estos sujetos. En el ensayo *Angiotensin-Receptor Blocker Candesartan for Treatment of Acute Stroke* (SCAST) no fue posible identificar un subgrupo de pacientes con beneficios significativos o bien ventajas en términos de recurrencia o de evolución funcional.

En cambio, en sujetos con antecedentes de EVC o eventos isquémicos transitorios previos, se destaca el beneficio del tratamiento antihipertensivo para la prevención de nuevos episodios. En algunos metanálisis y modelos de metarregresión se ha sugerido que los antagonistas de los canales de calcio se asociarían con una eficacia algo superior para la prevención, si bien en otros protocolos se ha informado la utilidad de otros grupos de fármacos.

En este sentido, se ha confirmado la importancia de la hipertensión como factor predictivo de la demencia de causa vascular. No obstante, se dispone de escasos datos relacionados con los beneficios de la disminución de la presión arterial en este contexto. Se admite la necesidad de más estudios para definir si este abordaje permite evitar el deterioro cognitivo o bien demorar la aparición de la demencia en estos individuos.

### Cardiopatías

Se destaca que el nivel de la presión arterial representa uno de los factores de riesgo de mayor importancia en relación con la cardiopatía isquémica, en especial ante valores de presión sistólica por encima de 140 mm Hg. De todos modos, en distintos modelos de correlación se ha mencionado la existencia de una relación en forma de "J" entre los valores de la presión arterial y el pronóstico cardiovascular, incluidos los pacientes coronarios. Si bien pueden indicarse diversos antihipertensivos en estos sujetos, se ha informado de un mayor beneficio de la terapia con betabloqueadores o inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA).

Asimismo, se hace hincapié en que la hipertensión se considera el principal factor de riesgo vinculado con la insuficiencia cardíaca; por consiguiente, la prevención de esta complicación se define como el mayor beneficio de la terapia antihipertensiva, incluso en sujetos de edad muy avanzada. Este efecto favorable se ha descrito para los diuréticos, los betabloqueadores, los IECA y los antagonistas del recep-

tor de angiotensina II (ARA-II), mientras que parece menos acentuado para los bloqueadores cálcicos. Por otra parte, se admite que la progresión de la disfunción sistólica puede asociarse con la reducción de la presión arterial en enfermos con antecedentes de hipertensión. No se dispone de datos de estudios aleatorizados y controlados con participantes con estas características; no obstante, se ha inferido que los betabloqueadores, los IECA, los ARA-II y los antagonistas de los mineralocorticoides actúan en estos enfermos por sus efectos sobre el sistema simpático y el sistema renina-angiotensina-aldosterona, en lugar de generar sus acciones por el descenso de la presión arterial.

En otro orden, la hipertensión se considera la afección comórbida de mayor prevalencia en los individuos con fibrilación auricular. En los pacientes en quienes coexisten ambas enfermedades, se propone la definición del riesgo de tromboembolismo en función de las normativas vigentes. En sujetos sin contraindicaciones, se prescribe anticoagulación por vía oral para la prevención de los EVC y de otros eventos embólicos. En los pacientes con elevada respuesta ventricular, la administración de betabloqueadores o de bloqueadores cálcicos no dihidropiridínicos se propone como estrategia antihipertensiva. Asimismo, se señala que, a pesar de la heterogeneidad de los datos disponibles en diversos estudios clínicos, los ARA-II podrían prevenir la fibrilación auricular en individuos con cardiopatía estructural. De igual forma, la administración de betabloqueadores y de antagonistas del receptor de mineralocorticoides permitiría impedir esta arritmia en sujetos con insuficiencia cardíaca.

### Aterosclerosis y arteriopatía periférica

En la versión anterior de estas normativas, se concluyó que la reducción de la presión arterial podía disminuir la progresión de la aterosclerosis carotídea; los antagonistas cálcicos parecen más eficaces que los diuréticos y los betabloqueadores, al tiempo que los IECA también son más apropiados que los diuréticos con esta indicación. De todas formas, se señala que todos los antihipertensivos reducen la rigidez arterial, al atenuar los componentes que definen la carga de la pared arterial y, con ello, provocar una disminución pasiva de la presión del pulso. En coincidencia, se verifica que la incidencia de complicaciones de la arteriopatía periférica (amputaciones, mortalidad) en pacientes diabéticos se correlaciona de modo inverso y acentuado con la presión sistólica. Aunque se postula que los betabloqueadores podrían agravar los

síntomas de esta afección, se reconoce que la elección del fármaco antihipertensivo en estos enfermos tiene una importancia relativa, en comparación con la necesidad de reducir la presión arterial.

#### Disfunción sexual

Esta enfermedad se asocia con una mayor prevalencia en los pacientes hipertensos cuando se los compara con sujetos normotensos. La disfunción eréctil se define como un factor de riesgo cardiovascular independiente, así como un indicador temprano de daño de órgano blanco.

En comparación con los antihipertensivos más antiguos, los productos más recientes (ARA-II, IECA, antagonistas cálcicos, betabloqueadores vasodilatadores) tienen efectos neutrales o incluso beneficiosos sobre la función sexual. Se destaca que los inhibidores de la fosfodiesterasa 5 pueden administrarse sin riesgos en los individuos con hipertensión, con la excepción de aquellos pacientes que reciben nitratos o, posiblemente, bloqueadores alfa.

#### Hipertensión resistente

Se define la hipertensión como resistente al tratamiento cuando no es posible reducir la presión arterial sistólica y diastólica por debajo de 140 y 90 mm Hg, en orden respectivo, a pesar de una estrategia terapéutica adecuada que incluye cambios en el estilo de vida, un diurético y dos antihipertensivos en dosis apropiadas y de grupos farmacéuticos diferentes. La prevalencia real se estima en alrededor de menos de 10% de la totalidad de los individuos hipertensos. Se advierte que la hipertensión refractaria se correlaciona con un elevado riesgo de eventos cardiovasculares y renales.

Sin embargo, la hipertensión resistente puede ser aparente, como ocurre ante un inapropiado cumplimiento terapéutico. En cambio, la hipertensión resistente confirmada se origina en factores comórbidos de riesgo (obesidad, consumo excesivo de alcohol, elevada ingesta de sodio), uso crónico de vasopresores, apnea obstructiva del sueño, variantes secundarias de la enfermedad que no han sido identificadas o ante lesión avanzada e irreversible de la función de órganos blanco, con especial hincapié en el riñón.

El diagnóstico de hipertensión resistente se efectúa sobre la base de un detallado interrogatorio y examen físico, así como con pruebas complementarias de diagnóstico. Como alternativas al abordaje farmacológico con incremento de la dosis de diuréticos o administración de más de tres fármacos con distintos mecanismos de acción, se ha sugerido la aplicación de estrategias no farmacológicas, como la estimulación de los barorreceptores carotídeos y la desnervación renal.

#### Urgencias y emergencias hipertensivas

Se considera como emergencia hipertensiva un incremento acentuado de la presión arterial, en asociación con daño agudo o progresivo de órgano blanco, como alteraciones neurológicas graves, encefalopatía hipertensiva, infarto cerebral, hemorragia intracraneal), edema agudo de pulmón, disección aórtica, insuficiencia renal, disfunción ventricular izquierda aguda o eclampsia. Como contrapartida, se denomina urgencia hipertensiva a un aumento pronunciado de

**Tabla 1. Estrategias terapéuticas en pacientes hipertensos con enfermedad vascular cerebral.**

Recomendaciones	Clase	Nivel
No se recomienda administrar tratamiento antihipertensivo durante la primera semana de un EVC agudo, independientemente del nivel de PA, si bien debe aplicarse el criterio clínico ante cifras muy elevadas de PA sistólica.	III	B
Se recomienda el tratamiento antihipertensivo en sujetos hipertensos con antecedentes de EVC o AIT, aun con valores de PA sistólica inicial de 140 a 159 mm Hg.	I	B
En pacientes hipertensos con antecedentes de EVC o AIT, se propone un objetivo de PA sistólica inferior a 140 mm Hg.	Ila	B
En individuos hipertensos añosos con antecedentes de EVC o AIT, las metas y los umbrales de intervención sobre la PA sistólica podría ser mayores.	Ilb	B
Todos los esquemas terapéuticos se recomiendan para la prevención del EVC, mientras que la PA se reduzca de modo eficaz.	I	A
Los antagonistas de la aldosterona no están recomendados en la ERC, especialmente en combinación con bloqueadores del SRA, por el riesgo de descenso excesivo de la función renal y de hiperpotasemia.	III	C

EVC: evento vascular cerebral; PA: presión arterial; AIT: accidente isquémico transitorio.

la presión arterial sin lesión aguda de órganos blanco; estos eventos suelen asociarse con reducción o interrupción de la terapia, así como con ansiedad.

El tratamiento de las emergencias hipertensivas depende de la magnitud del daño de órgano blanco y puede variar entre el descenso paulatino, como ocurre en caso de EVC agudo, o la disminución acelerada en presencia de edema agudo de pulmón o disección aórtica. Como norma general, se propone una disminución de hasta el 25% de los niveles de presión arterial en las primeras horas. En este sentido, se utilizan esquemas terapéuticos semejantes a los propuestos para los pacientes con hipertensión maligna, la cual se define como la coexistencia de elevados niveles de presión arterial en asociación con lesión isquémica cerebral, cardíaca, renal o retiniana. Se recomienda la administración de fármacos titulables por vía intravenosa, como el labetalol, el nitroprusiato de sodio, la furosemida o los nitratos.