

# Manejo de la HTA en situaciones especiales III

PARAV178 ES-NOP-2300033

**Considerar el cribado de la hipertensión secundaria en:**

- Pacientes con hipertensión de inicio temprano (<30 años de edad) en particular en ausencia de factores de riesgo de hipertensión (obesidad, síndrome metabólico, antecedentes familiares, etc.).
- Aquellos con hipertensión resistente.
- Los individuos con un deterioro repentino del control de la PA.
- Los hipertensos de urgencia y emergencia hipertensiva.

- Los que presentan una alta probabilidad de hipertensión secundaria basada en fuertes indicios clínicos.
- En los pacientes con hipertensión resistente, la investigación de la hipertensión secundaria debe ir precedida generalmente de la exclusión de la hipertensión pseudorresistente y de la hipertensión inducida por fármacos o sustancias.
- El cribado básico de la hipertensión secundaria debe incluir una evaluación exhaustiva de la historia clínica, la exploración física (véase los indicios clínicos), la bioquímica sanguínea básica (incluidos el sodio y el potasio séricos, la TFGe y la TSH) y un análisis de orina con tira reactiva.

**Características de la hipertensión secundaria<sup>1</sup>**

Hipertensión secundaria	Historia clínica y exploración física	Bioquímica básica y análisis de orina	Pruebas diagnósticas adicionales
Enfermedad del parénquima renal	• Antecedentes personales/familiares de ERC	• Proteinuria, hematuria, leucocituria en tira reactiva/análisis de orina, disminución del TFGe	• Ecografía renal
Aldosteronismo primario	• Síntomas de hipopotasemia (debilidad muscular, calambres musculares, tetania)	• Hipocalcemia espontánea o inducida por diuréticos en la bioquímica sanguínea (50-60% de los pacientes que tienen valores normales de potasio). Relación elevada de actividad plasmática aldosterona-renina	• Pruebas de confirmación (por ejemplo, prueba de supresión salina intravenosa), imágenes de las glándulas suprarrenales (tomografía computarizada). Toma de muestras de las venas suprarrenales
Estenosis de la arteria renal	• Soplo abdominal, soplos sobre otras arterias (por ejemplo, carótida y femoral) • Disminución de la TFGe >30% tras la exposición a inhibidores de la ECA/ARAI • En caso de sospecha de estenosis aterosclerótica, antecedentes de edema pulmonar o antecedentes de enfermedad aterosclerótica o presencia de factores de riesgo cardiovascular • En caso de sospecha de displasia fibromuscular, mujeres jóvenes con inicio de HTA con edad <30 años	• Disminución de la TFGe	• Imagen de las arterias renales (ecografía doppler, tomografía computarizada abdominal o angiografía por resonancia magnética, según la disponibilidad y el nivel de función renal del paciente)
Feocromocitoma	• Dolores de cabeza, palpitaciones, transpiración, palidez, antecedentes de hipertensión lábil	• Aumento de los niveles plasmáticos de metanefrinas. Aumento de la excreción urinaria de 24 horas de metanefrinas y catecolaminas	• Tomografía computarizada abdominal/pélvica o RMN
Síndrome y enfermedad de Cushing	• Obesidad central, estrías púrpura, rubor facial, signos de atrofia cutánea, aparición de hematomas, acumulación de grasa dorsal y supraclavicular, debilidad muscular proximal	• Hipopotasemia, aumento del cortisol salival nocturno	• Pruebas de supresión con dexametasona, cortisol libre en la orina de 24 horas, imágenes abdominales/hipofisarias
Coartación de la aorta	• Presión arterial más alta en las extremidades superiores que en las inferiores, retraso o ausencia de pulsos femorales		• Ecocardiograma, tomografía computarizada, angiografía por tomografía computarizada y angiografía por resonancia magnética
Apnea obstructiva del sueño	• Aumento del IMC, ronquidos, somnolencia diurna, jadeos o ahogos nocturnos, apnea obstructiva del sueño, nocturia		• Pruebas de apnea del sueño en casa, prueba de polisomnografía nocturna
Enfermedad tiroidea	• Síntomas de hipertiroidismo: intolerancia al calor, pérdida de peso, temblores, palpitaciones, síntomas de hipotiroidismo: intolerancia al frío, aumento de peso, cabello seco y quebradizo	• TSH, T4 libre	

**Definición**

- HTA no controlada con una pauta de tres fármacos a dosis óptimas, de acción complementaria e incluyendo un diurético

**Enfoque diagnóstico****1 Descartar HTA pseudo-resistente por fenómeno de bata blanca**

- Evaluar PA ambulatoria mediante MAPA o AMPA; hasta uno de cada tres casos puede ser HTA pseudo-resistente por fenómeno de bata blanca

**Descartar falta de adherencia terapéutica**

- Evaluar el cumplimiento del tratamiento no farmacológico, particularmente de la restricción de sodio en la dieta, mantenimiento de sobrepeso-obesidad y del exceso de consumo de alcohol
- Evaluar el cumplimiento del tratamiento farmacológico

**2 Considerar otras causas de HTA pseudo-resistente**

- Mala técnica de medida de PA en la consulta
- Pseudo-hipertensión en casos de edad avanzada con calcificaciones de arterias braquiales
- Toma de fármacos o sustancias presoras

**3 Considerar causas de HTA secundaria**

- Reevaluar posibles causas de HTA secundaria
- Síndrome de apnea-hipopnea del sueño
- Toma de fármacos o sustancias presoras

**4 HTA esencial con daño vascular avanzado**

- Daño vascular avanzado particularmente a nivel renal o de grandes arterias

**Abreviaturas:** AMPA: automedida de la presión arterial; ARAII: antagonistas del receptor de la angiotensina II; ECA: enzima convertidor de la angiotensina; ERC: enfermedad renal crónica; IMC: índice de masa corporal; MAPA: monitorización ambulatoria de la presión arterial; PA: presión arterial; PAS: presión arterial sistólica; RMN: resonancia magnética; TFGe: tasa de filtración glomerular estimada; TSH: hormona estimuladora del tiroides.

**Bibliografía.** 1. 2020 International Society of Hypertension global hypertension practice guidelines. Journal of Hypertension 2020;38:982-1004. 2. Guía práctica sobre el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión en España, 2022. Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial (SEH-LELHA).