Rev Clin Esp. 2013;213(Espec Congr):75

Revista Clínica Española

https://www.revclinesp.es

RV-53. - CARACTERÍSTICAS DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL ENMASCARADA EN HIPERTENSOS CONTROLADOS

Y. Hernández Aguiar[1], S. Suárez Ortega[1], E. Almaraz Marroquín[1], A. Gil Díaz[2], L. Salas Reinosa[1], R. Castillo Rueda[1], J. Artiles Vizcaíno[1], M. Moreno Santana[1]

[1]Servicio de Medicina Interna. Complejo Hospitalario Dr. Negrín. Las Palmas de Gran Canaria.[2]Servicio de Medicina Interna. Clínica de San Roque. Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Objetivos: La HTA enmascarada (HTAE) es aquella situación en la que la presión arterial (PA) es normal por PA casual y elevada por monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) o por la automedida de la PA (AMPA). El concepto se aplica tanto a normotensos como hipertensos controlados. Se analizan los MAPAs válidos de 1.000 hipertensos, con el objetivo de definir las características de los hipertensos que presentan HTA enmascarada aplicando las medidas del MAPA de 24 horas. Datos obtenidos del Proyecto Cardiorisc. Palabras clave: Hipertensión enmascarada. MAPA. Riesgo vascular.

Métodos: Se analiza la prevalencia y riesgo vascular de HTAE en los hipertensos controlados por PA casual. Se consideró PA controlada por PA casual cifras inferiores a 140/90 mmHg, realizada estando sentado, y por MAPA de 24 horas cifras inferiores a 120/70 mmHg. El riesgo vascular se consideró bajo cuando se clasifica como normal, ligero o moderado y alto cuando se clasifica como elevado o muy elevado según las guías de HTA de la sociedad europea de HTA. Para que un MAPA sea válido ha de tener una duración de al menos 24 horas, al menos dos tomas por hora en actividad y al menos una toma por hora en el período de descanso.

Resultados: De los 1.000 hipertensos 466 (46,6%) estaban controlados por PA casual. La edad media fue de 52,89 ± 15,27 (rango: 14-89 años); 243 (50,8%) de los 466 hipertensos controlados eran mujeres. Se demostró HTAE en 172 casos (38,5% de los hipertensos controlados), que representa el 17,2% de todos los hipertensos estudiados, siendo el resto de los HTA controlados (294) los que tienen HTA no enmascarada (HTANE). La distribución en los 4 patrones clásicos de los hipertensos controlados por PA casual ha sido: dipper (238, 51%), resto (228, 49%), que es estadísticamente significativo respecto a la distribución de patrones de los no controlados: dipper: (197, (37%), resto (337, 63%) y del total de casos: dipper (405, 40,5%), resto (595, 59,5%). El riesgo vascular global en el grupo con HTANE se distribuyó en: bajo en 207 (70%) y en 87 (30%) elevado. En el subgrupo de HTAE era bajo en 94 (55%) y elevado en 78 (45%). En el subgrupo de HTA con patrón riser (129, 12,9% del total) los controlados en consulta fueron algo más elevados que en el total (69, 52%); de ellos (65, 50% tenían HTAE), traduciendo el componente de ortostatismo y planteando dudas sobre cuál es la posición idónea para la toma de PA casual (sentado o acostado).

Discusión: Aunque la PA casual sigue siendo el método habitual de diagnóstico y seguimiento del hipertenso la presencia de bata blanca, y, más aún, la HTAE plantean que sea el holter un modelo complementario y básico para el diagnóstico y seguimiento del hipertenso. Dada la importancia de la HTA nocturna el MAPA

supera claramente a la aportación del AMPA.

Conclusiones: 1. La distribución de los patrones clásicos del MAPA en los hipertensos controlados difiere de la distribución en los hipertensos no controlados. 2. El nivel de control por PA casual en los hipertensos analizados es elevado (46,6%), comparado con los estudios externos. 3. La prevalencia de HTAE en el grupo analizado es elevada (17,2%). 4. Se detectan diferencias en el riesgo vascular entre HTAE y HTANE. 5. El patrón riser determina un porcentaje muy elevado de HTAE y establece dudas sobre cuál es la posición idónea para realizar la toma de PA casual. 6. La MAPA es el método idóneo para el diagnóstico de HTAE en hipertensos controlados por PA casual.

0014-2565 / © 2013, Elsevier España S.L.U. y Sociedad Española de Medicina Interna (SEMI). Todos los derechos reservados.