

2. Barrios V, Escobar C, De la Figuera M, Llisterri JL, Honorato J, Segura J, et al. Tolerability of high doses of lercanidipine versus high doses of other dihydropyridines in daily clinical practice: the TOLERANCE Study. *Cardiovasc Ther*. 2008;26:2-9.
3. Barrios V, Escobar C, Navarro A, Barrios L, Navarro-Cid J, Calderon A, on behalf of the LAURA investigators. Lercanidipine is an effective and well tolerated antihypertensive drug regardless the cardiovascular risk profile. The LAURA Study. *Int J Clin Pract*. 2006;60:1364-70.

Características clínicas de pacientes con hipertensión clínica aislada

Clinical characteristics of isolated clinic hypertension

Vinyoles E, Felip A, Pujol E, De la Sierra A, Durà R, Del Rey RH, Sobrino J, Gorostidi M, De la Figuera M, Segura J, Banegas JR, Ruilope LM; Spanish Society of Hypertension ABPM Registry

J Hypertens. 2008;26:438-45.

Objetivos. Analizar las características clínicas de los pacientes con hipertensión clínica aislada (HCl), comparadas con otros pacientes hipertensos, y evaluar la capacidad de los médicos para predecir el diagnóstico de HCl. **Métodos.** Se realizó un estudio comparativo transversal, descriptivo y multicéntrico con 6.176 individuos hipertensos sin tratamiento farmacológico, con monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA). En 2.611 casos, la MAPA se prescribió por sospecha de HCl. Se seleccionó a los participantes de forma consecutiva en centros de atención primaria y unidades hospitalarias de hipertensión en todas las comunidades autónomas de España. La HCl se definió por una presión arterial (PA) clínica ≥ 140 mmHg (sistólica) o ≥ 90 mmHg (diastólica), con una PA ambulatoria diurna < 135 y < 85 mmHg (HCl 1), o PA < 130 y < 80 mmHg (HCl 2) o PA en 24 h < 125 y < 80 mmHg (HCl 3).

Resultados. Los criterios de HCl 1, HCl 2 e HCl 3 los alcanzaron 1.807 (29,2%), 960 (15,5%) o 1.133 (18,3%) individuos, respectivamente. La media de edad de la muestra total fue de 51,8 (14,1) años, y la PA clínica $145,7 \pm 17,3/89,3 \pm 11,3$ mmHg. Comparados con el resto de los individuos hipertensos, los pacientes con HCl eran predominantemente mujeres, de mayor edad, con menos fumadores y más frecuencia de obesidad. Además, con más frecuencia eran non-dipper, y con mayor PA sistólica en la consulta ($p < 0,05$), excepto al utilizar los criterios HCl 3. La sensibilidad y la especificidad de las predicciones del médico en relación con las sospechas de HCl 1, HCl 2 e HCl 3 fueron 47,8 y 60,4%, 52,9 y 59,7% y 52,3 y 60,0%, respectivamente.

Conclusiones. La prevalencia de HCl se encuentra entre el 15 y el 29%, dependiendo de los criterios utilizados. Los criterios de HCl de 24 h no están afectados por los

sesgos del dormir/despertar y son preferibles. La capacidad clínica para predecir la HCl es baja.

COMENTARIO

La hipertensión clínica aislada (HCl) o hipertensión de bata blanca se utiliza para definir a los individuos cuya presión arterial (PA) está elevada en la consulta, con valores $\geq 140/90$ mmHg, y una PA durante 24 h normal o con valores ambulatorios diurnos normales ($< 125/80$ mmHg). El diagnóstico se basa en los datos obtenidos mediante una MAPA de 24 h, o la automedida domiciliaria (lectura media de varios días). La única limitación de este parámetro es la variabilidad un día con respecto a otro de la PA, por estímulos ambientales, influencias del comportamiento y/o calidad y duración del descanso nocturno¹. Sin embargo, es indudablemente mucho más fiable que la PA en la consulta y estudios lineales han demostrado que proporciona una imagen mucho más real de la relación entre la PA y la morbimortalidad cardiovascular que la medida de la PA en la consulta. Hace años se describió que pacientes con hipertensión arterial establecida tenían una PA sistólica un 12,4% mayor en las consultas, y los etiquetados como hipertensión borderline, una PA sistólica clínica un 9,0% mayor². En el paciente dipper, la reducción de la PA sistólica media durante el período nocturno es mayor al 10% de la PA sistólica media durante el día. Cuando esta proporción es mayor del 20%, el paciente se clasifica como dipper extremo. Un patrón non-dipper es el que en los valores de PA sistólica media durante la noche presenta una reducción menor del 10% con respecto a los valores durante el día. Cuando la media de la PA sistólica nocturna es mayor que la diurna, el paciente se clasifica como raiser, y se dice que presenta una variabilidad alta cuando la desviación estándar de la PA sistólica media ambulatoria está por encima de 15 mmHg³. El estudio de las características clínicas de la HCl es muy amplio, con más de 6.000 pacientes, y en él participa un número elevado de investigadores previamente entrenados, en todas las comunidades autónomas de España. Además, los datos recogidos incluyen la valoración de lesión en órganos diana y presencia o no de enfermedad cardiovascular. Definida la HCl por una PA clínica ≥ 140 mmHg (sistólica) o ≥ 90 mmHg (diastólica), con una PA ambulatoria diurna < 135 y < 85 mmHg (HCl 1), o PA < 130 y < 80 mmHg (HCl 2) o PA en 24 h < 125 y < 80 mmHg (HCl 3), en los resultados destaca la prevalencia mayor de ICH en el sexo femenino, su aumento con la edad (por encima de los 55 años), con el mayor perímetro abdominal y el índice de masa corporal. También, la PA sistólica clínica mayor se asociaba con los 3 grupos de pacientes con HCl. Los pacientes con HCl 1 e HCl 2 mostraban una prevalencia mayor de perfiles de PA non-dipper o raiser, pero no al utilizar los criterios de HCl 3. En el estudio observamos que es muy limitada la capacidad para predecir qué hipertenso tiene una HCl. La sensibilidad, entre el 48 y el 52%, es muy pobre, y este hallazgo, junto a la importante prevalencia de HCl, indican realizar la evaluación sistemática preliminar de la PA en muchos pacientes hipertensos no

tratados antes de adoptar algunas decisiones terapéuticas. Según los autores, la evaluación inicial debería basarse en la realización de una MAPA. Ésta sería la situación ideal. De hecho, en atención primaria deberíamos poder realizar pruebas tan sencillas como el índice tobillo-brazo, muy útil para estratificar el riesgo cardiovascular de cada paciente. La prevalencia de HCI se encuentra en el 15-29%, en función de los criterios utilizados, y por lo tanto es muy variable. El diseño del estudio no permite determinar cuál de los 3 criterios es más apropiado, pero podría ser preferible el HCI de 24 h, al no estar condicionado por los elementos sueño/despertar.

Carlos Recarte García-Andrade

Bibliografía

1. Cuspidi C, Meani S, Sala C, Valerio C, Fusi V, Zanchetti A, et al. How reliable is isolated clinical hypertension defined by a single 24-h ambulatory blood pressure monitoring? *J Hypertension*. 2007; 25:315-20.
2. Staessen JA, Bienaszewski L, O'Brien E, Gosse P, Hayassi H, Imai Y, et al. Nocturnal blood pressure fall on ambulatory monitoring in a large international database. The "Ad Hoc" Working Group. *Hypertension*. 1997;29:30-9.
3. Gorostidi M, Sobrino J, Segura J, Sierra C, De la Sierra A, Hernandez del Rey R, et al. Ambulatory blood pressure monitoring in hypertensive patients with high cardiovascular risk: a cross-sectional analysis of a 20,000-patient database in Spain. *J Hypertension*. 2007;25:977-84.