

- 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.
- 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 (HCI), comparadas con otros pacientes hipertensos, y evaluar la capacidad de los médicos para predecir el diagnóstico de HCI. **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 HCI. 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 HCI se definió por una presión arterial (PA) clínica  $\geq 140$  mmHg (sistólica) o  $\geq 90$  mmHg (diastólica), con una PA ambulatoria diurna  $< 135$  y  $< 85$  mmHg (HCI 1), o PA  $< 130$  y  $< 80$  mmHg (HCI 2) o PA en 24 h  $< 125$  y  $< 80$  mmHg (HCI 3).

**Resultados.** Los criterios de HCI 1, HCI 2 e HCI 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 HCI 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 HCI 3. La sensibilidad y la especificidad de las predicciones del médico en relación con las sospechas de HCI 1, HCI 2 e HCI 3 fueron 47,8 y 60,4%, 52,9 y 59,7% y 52,3 y 60,0%, respectivamente.

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

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

## COMENTARIO

La hipertensión clínica aislada (HCI) 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 nocturno<sup>1</sup>. 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% mayor<sup>2</sup>. 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 mmHg<sup>3</sup>. El estudio de las características clínicas de la HCI 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 HCI por una PA clínica  $\geq 140$  mmHg (sistólica) o  $\geq 90$  mmHg (diastólica), con una PA ambulatoria diurna  $< 135$  y  $< 85$  mmHg (HCI 1), o PA  $< 130$  y  $< 80$  mmHg (HCI 2) o PA en 24 h  $< 125$  y  $< 80$  mmHg (HCI 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 HCI. Los pacientes con HCI 1 e HCI 2 mostraban una prevalencia mayor de perfiles de PA *non-dipper* o *raiser*, pero no al utilizar los criterios de HCI 3. En el estudio observamos que es muy limitada la capacidad para predecir qué hipertenso tiene una HCI. La sensibilidad, entre el 48 y el 52%, es muy pobre, y este hallazgo, junto a la importante prevalencia de HCI, 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, Bieniaszewski 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.