

diagnóstico exhaustivo. Se sospecha que gran parte de ellos son debidos a episodios asintomáticos de FA paroxística que no son detectados por la monitorización electrocardiográfica estándar, de 24h.

En los 2 artículos comentados se estableció la hipótesis de que una monitorización más prolongada del ritmo cardiaco podría detectar episodios de FA paroxística que pasarían desapercibidos en la práctica rutinaria y a la monitorización rutinaria de 24h. En ambos se comparó un grupo en el que se hizo un seguimiento con monitorización electrocardiográfica prolongada, durante 30 días en el primer ensayo y 6 meses en el segundo, frente a otro al que solo se sometió a monitorización electrocardiográfica de 24h. Ambos estudios demostraron que la monitorización electrocardiográfica prolongada detecta un porcentaje apreciablemente más elevado de pacientes con FA y que este número se incrementa en paralelo con la duración del período de monitorización. Además, la detección de FA condujo a cambios en el tratamiento de los pacientes, pasando de tratamiento antiagregante a anticoagulante en muchos de ellos; lo que previsiblemente influya de forma favorable en su pronóstico.

Estas observaciones sugieren que en el manejo de pacientes con ictus etiquetados, tras una evaluación estándar inicial, como «criptogénicos» podría ser recomendable efectuar monitorización electrocardiográfica prolongada, durante al menos 4 semanas.

Algunos interrogantes esperan respuestas más concluyentes:

- ¿Cuál es el peso real de la FA paroxística asintomática en la aparición de accidentes cerebrovasculares isquémicos en pacientes que tienen otros factores de riesgo para el desarrollo de eventos cerebrovasculares? y, por tanto,
- ¿En qué pacientes es necesario iniciar terapia anticoagulante en lugar de antiagregación plaquetaria?
- ¿Debería realizarse monitorización prolongada en todos los pacientes o solo en aquellos con criterios de alto riesgo de padecer FA?
- ¿Durante cuánto tiempo debería prolongarse la monitorización?
- ¿Qué método de registro electrocardiográfico resulta más adecuado en términos de coste-efectividad?

Para responder a estas preguntas deberemos esperar a futuros estudios.

B. Gutiérrez Sancerni

Servicio de Medicina Interna, Hospital Universitario La Paz, Madrid, España

Correo electrónico: belen.sancerni@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2015.01.001>

Alta prevalencia de hipertensión enmascarada no controlada en pacientes con hipertensión tratada

Banegas JR, Ruilope LM, De la Sierra A, De la Cruz JJ, Gorostidi M, Segura J, et al. High prevalence of masked uncontrolled hypertension in people with treated hypertension. *Eur Heart J.* 2014;35:3304-3312.

Introducción: Hay poca información sobre la calidad del control de la presión arterial (PA) durante la vida diaria normal. En concreto, se desconoce la prevalencia real de hipertensión enmascarada no controlada (HENC) en pacientes en tratamiento, aparentemente bien controlados. La HENC en pacientes sin tratamiento previo se asocia a un alto riesgo de futuros eventos cardiovasculares. Este estudio pretende definir en la práctica clínica la prevalencia y características de HENC en pacientes hipertensos tratados con PA aparentemente bien controlada según los objetivos terapéuticos usuales.

Método y resultados: Se analizaron los datos del Registro de Monitorización Ambulatoria de la Presión Arterial (MAPA) de la Sociedad Española de Hipertensión. Se identificaron los pacientes con PA tratada y controlada según las guías clínicas actuales (PA medida en consulta < 140/90). Se diagnosticó HENC si, a pesar del aparente buen control según las mediciones efectuadas en consulta, la media de 24h de la MAPA permanecía elevada (PA sistólica 24h \geq 130 mmHg).

y/o PA diastólica \geq 80 mmHg). De los 62.788 pacientes con hipertensión tratada, se identificaron 14.840 que estaban controlados de acuerdo con las guías, de los cuales 4.608 (31,1%) tenían HENC (edad media: 59,4 años, 59,7% varones). La prevalencia de HENC fue significativamente mayor en varones, pacientes con PA medida en consulta normal-alta (130-9/80-9), y en pacientes con riesgo cardiovascular más elevado (tabaquismo, diabetes, obesidad). La HENC se correlacionó con un pobre control de la PA nocturna (24,3% de HENC nocturna frente al 12,9% de HENC diurna, $p < 0,001$).

Conclusión: La prevalencia de HENC en pacientes con hipertensión tratada y bien controlada en las mediciones en consulta es alta. La monitorización en consulta resulta insuficiente para optimizar el control de la PA porque muchos pacientes tienen elevación nocturna. Estos hallazgos sugieren que la MAPA debería ser más utilizada para confirmar el control de la PA, especialmente en grupos de alto riesgo y/o aquellos con cifras de PA normal-alta en la medición en consulta.

Comentario

La hipertensión enmascarada define a los pacientes con PA normal en consulta pero elevada fuera de esta, ya sea determinada por la MAPA o mediante automedida de la PA (AMPA) en domicilio. La mayoría de los estudios sobre hipertensión enmascarada se han centrado en pacientes *naïve*, antes de ser diagnosticados y de recibir tratamiento. Muchos de estos estudios se basan en mediciones con AMPA o MAPA efectuadas únicamente durante el día. Algunos estudios

sugieren que la elevación aislada nocturna ($\geq 120/70$ mmHg) es un predictor de riesgo cardiovascular más intenso que la elevación diurna ($\geq 135/85$ mmHg) o la media de 24 h ($\geq 130/80$ mmHg).

Este estudio es el primero realizado a gran escala que evalúa la prevalencia de hipertensión enmascarada en pacientes correctamente tratados según las mediciones en consulta, que en el artículo bautizan como HENC (MUCH, por sus siglas en inglés). La prevalencia de HENC es significativamente mayor en pacientes varones, diabéticos, fumadores, obesos o en los que presentan riesgo cardiovascular elevado o valores de PA normal-alta, siendo estos pacientes los que más se beneficiarían de la realización de la MAPA. Además, la HENC es debida en el 24,3% de las ocasiones a la elevación nocturna aislada, detectable únicamente mediante la MAPA y se encuentra asociada significativamente a enfermedad cardiovascular. Durante el estudio se evaluó la reproducibilidad en 231 pacientes con HENC a quienes se efectuaron 2 estudios de MAPA separados por un mes. El 87,4% continuo cumpliendo criterios en la segunda medición, con una

alta concordancia en la prevalencia de HENC entre las 2 mediciones ($\kappa = 0,85$).

Los datos de este estudio han sido obtenidos en nuestro entorno ya que provienen de registros facilitados por médicos de familia y especialistas de toda España. Sin embargo, no se ha precisado el impacto de esta estrategia en resultados clínicos ni su coste-efectividad.

Cerca de un tercio de los pacientes con hipertensión aparentemente bien controlada, realmente no lo están cuando se estudian por MAPA. Por este motivo parecería recomendable la realización de una MAPA, sobre todo en los pacientes con factores de riesgo o morbilidad cardiovascular.

Á.D. Domínguez Vega

*Servicio de Cardiología, Hospital Universitario La Paz,
Madrid, España*

Correo electrónico: angelddv@gmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rce.2015.01.003>