

10 puntos a recordar en Hipertensión Arterial 2008

- Basado en ensayos recientes, el umbral óptimo de 24 horas en el Monitoreo Ambulatorio de Presión Arterial para reducir el riesgo cardiovascular es 115/75 (promedio diurno 120/80 y nocturno 100/65). Estos valores son más bajos que las pautas internacionales actuales.
- La hipertensión de saco blanco (elevación aislada de la PA en consultorio) y la hipertensión enmascarada (hipertensión solamente en registros ambulatorios) no son fenómenos inocentes. La elevación de la PA en consultorio, en casa y en el MAPA, todos contribuyen al riesgo vascular.
- Diferentes clases de drogas antihipertensivas tienen diferentes efectos sobre la presión braquial versus sistólica central y presión del pulso. Estudios recientes indican que la presión aórtica central puede ser un mejor predictor de daño de órgano blanco y pronóstico que los registros braquiales convencionales.
- El exceso de tejido adiposo es un incubador de hipertensión. Un estudio reciente en adultos jóvenes reportó que el Índice de Masa Corporal (IMC) es el más fuerte predictor de pre-hipertensión (sistólica entre 120-139 y/o diastólica 80-89 mm Hg), con un 10-15 % de incremento por cada 1 kg/m² de incremento en el IMC.
- La pre-hipertensión está asociada con un incremento de riesgo para cualquier evento vascular. Esto es especialmente cierto en pacientes con Diabetes. El tratamiento de la pre-hipertensión ha demostrado mejoría en los marcadores de daño vascular.
- La rigidez arterial puede jugar un importante rol en el desarrollo de hipertensión. La rigidez arterial es un marcador de riesgo independiente para daño de órgano blanco, función cognitiva, pronóstico cardio-vascular y pronóstico renal.
- En el contexto del stroke isquémico, el tratamiento de emergencia para reducir la PA está indicado cuando la PA sistólica es mayor de 220 mm Hg y/o la PA diastólica es mayor de 120 mm Hg. La disminución de la PA debe ser prudente, buscando un 15 a 20 % de reducción el primer día.
- En un reciente gran estudio de asociación genómica, no se encontró asociación genética significativa con hipertensión. Diversas razones pueden explicar esto, sin embargo una caracterización fenotípica más ajustada de la hipertensión puede incrementar las posibilidades de estos estudios.
- El consumo de alcohol (más de dos copas/día en hombres), la privación de sueño, la apnea obstructiva del sueño y el alto consumo de sodio, aparecen como contribuciones del estilo de vida a la elevación de la PA.
- Ciertas clases de drogas anti-hipertensivas pueden tener beneficios específicos clase-dependiente. Sin embargo estos efectos raramente, si alguna vez, superarán un mejor control de la PA en la prevención de eventos cardiovasculares en grandes ensayos clínicos.

Comentario bibliográfico sobre el artículo:

Title: The Year in Hypertension

Author(s): Williams B.

Citation: [J Am Coll Cardiol 2008;51:1803-1817.](#)

Tomado de [cardiosource.com](#)

Daniel T. Eitzman, M.D., F.A.C.C.
