

## EL AUMENTO EXAGERADO DE LA TENSIÓN ARTERIAL AL PASAR DE DECUBITO SUPINO A BIPEDESTACIÓN RELACIONADO CON PEOR PRONÓSTICO

*Autor: Cristina Rodríguez Sánchez-Leiva (Cardiologa hospital Mateu Orfila. Menorca)*

*Fecha de publicación: 29/03/2022*

*Patología: CI y factores de riesgo / Categoría: Controversia*

*Tiempo de lectura: 2 minutos*



Indudablemente las consultas médicas o de enfermería deben estar dimensionadas de forma adecuada en tiempo y material, para realizar una asistencia adecuada.

Se [recomienda](#) tomar la tensión en ambos brazos, preferiblemente de forma simultanea. Si la diferencia de tensión entre ambos brazos es superior a 10 mmHg en mediciones repetidas, utilizaremos el brazo con tensión más alta para la toma tensional. Si la diferencia es > 20 mmHg, se recomienda derivar al especialista oportuno para descartar algún problema vascular que lo justifique. Además, en primera visita, se debe tomar la tensión de pie al minuto 1 y a los 3 minutos en ancianos y en los pacientes diabéticos, y también en todos los pacientes en los que sospechemos posible hipotensión ortostática.

Según el estudio al que hace referencia este post de [CARPRIMARIA](#), también deberíamos realizar la toma tensional en bipedestación a adultos jóvenes y de mediana edad con hipertensión tipo I, para descartar una respuesta hipertensiva hiper-reactiva, que estaría relacionada con peor pronóstico, y para utilizar el valor promedio de las tomas en bipedestación con las realizadas en posición sentada, y utilizarlas como valor tensional del paciente.

Los adultos hipertensos tipo I (*valores de sistólica entre 140-159 mmHg y/o de diastólica entre 90-99 mmHg*), jóvenes y de mediada edad, que incrementan su tensión arterial

sistólica más de 6.5 mmHg al pasar de la posición de decúbito supino a bipedestación (*considerada respuesta exagerada o hiper-reativos*), tienen un riesgo aumentado de eventos cardiovasculares (CV) mayores de casi al doble en comparación con los participantes hipertensos sin dicha respuesta tensional exagerada, según el estudio.

El estudio prospectivo incluyó 1207 pacientes de 18 a 45 años, con diagnóstico de hipertensión arterial (HTA) tipo I, sin tratamiento. Eran fundamentalmente blancos y varones. La edad media en el momento del inicio del estudio fue de 33 años. La presión arterial se medía en dos visitas con 2 semanas de diferencia, cada visita incluyó 3 mediciones en decúbito supino, seguidas de 3 mediciones en bipedestación, con un minuto de diferencia entre las tomas. Los pacientes se clasificaban como respuesta sistólica exagerada (hiper-reativos) cuando su valor tensional sistólico se incrementaba más de 6.5 mmHg al pasar a la posición de bipedestación, definición que deberá consensuarse. La mediada de seguimiento fue de 17.3 años.

Un total de 120 pacientes fueron clasificados como hiper-reativos, con un promedio de incremento tensional sistólico de 11.4 mmHg en comparación con el promedio de 3.8 mmHg de los participantes clasificados como normo-respondedores.

En un total de 630 pacientes se midieron los niveles de catecolaminas en orina de 24 horas, con una relación epinefrina/creatinina incrementada en los hiper-reativos, en comparación con los normo-respondedores ( $p:0.005$ ).

Los eventos cardiovasculares mayores analizados fueron síndromes coronarios agudos, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardiaca que requirió hospitalización, aneurisma de aorta, enfermedad vascular periférica, enfermedad renal crónica y fibrilación auricular permanente. En los hiper-reativos, los eventos CV casi duplicaron al de los normo-respondedores, incluso al excluir la FA.

Se postula como base causal, una respuesta exagerada simpática antes factores estresantes.



*Ilustración 1. Aumento significativo de tensión al pasar a bipedestación, podría aumentar el riesgo CV.*

## REFERENCIAS

[Hypertension. 2022 Mar 17](#)

[Hypertension. 2020. Jun;75\(6\):1334-1357](#)

