



¿Es necesaria la MAPA para el diagnóstico y estratificación de riesgo de todo paciente hipertenso?

Dr. Javier Sobrino Martínez
Unidad de HTA

Málaga 23 de noviembre de 2013



FUNDACIÓ HOSPITAL DE
l'Esperit Sant

23/11 · 16 H · CAMP NOU



BARÇA GRANADA



TICKETS

GOL 

CANAL+

Liga



- ¿Es necesaria la MAPA para el diagnóstico de HTA?

Si

- ¿Es necesaria la MAPA para estratificación de riesgo de todo paciente hipertenso?

Depende



Monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA)

Indicaciones: según ESH/ESC 2013

- Sospecha de HTA de bata blanca:
 - HTA grado 1 (140-159/90-99 mmHg)
 - PA clínica muy elevada sin LOD o con RCV bajo
- Sospecha de HTA enmascarada
 - PA clínica normal alta (130-139/85-89 mmHg)
 - PA clínica normal con LOD o con RCV alto
- Identificación de efecto bata blanca
- Variabilidad importante de PA clínica en o entre diferentes visitas
- Hipotensión postural, post prandial, farmacológica
- HTA gestacional o sospecha de preclampsia
- HTA resistente



Hypertension

The clinical management of primary hypertension in adults

Clinical Guideline 127

Methods, evidence, and recommendations

August 2011

*Commissioned by the National Institute for
Health and Clinical Excellence*



9. If the clinic blood pressure is 140/90 mmHg or higher, offer ambulatory blood pressure monitoring (ABPM) to confirm the diagnosis of hypertension. [new 2011]
10. If a person is unable to tolerate ABPM, home blood pressure monitoring (HBPM) is a suitable alternative to confirm the diagnosis of hypertension. [new 2011]

Update 2011



Cost-effectiveness of options for the diagnosis of high blood pressure in primary care: a modelling study



Kate Lovibond, Sue Jowett, Pelham Barton, Mark Caulfield, Carl Heneghan, F D Richard Hobbs, James Hodgkinson, Jonathan Mant, Una Martin, Bryan Williams, David Wonderling, Richard J McManus

Summary

Background The diagnosis of hypertension has traditionally been based on blood-pressure measurements in the clinic, but home and ambulatory measurements better correlate with cardiovascular outcome, and ambulatory monitoring is more accurate than both clinic and home monitoring in diagnosing hypertension. We aimed to compare the cost-effectiveness of different diagnostic strategies for hypertension.

Methods We did a Markov model-based probabilistic cost-effectiveness analysis. We used a hypothetical primary-care population aged 40 years or older with a screening blood-pressure measurement greater than 140/90 mm Hg and risk-factor prevalence equivalent to the general population. We compared three diagnostic strategies—further blood pressure measurement in the clinic, at home, and with an ambulatory monitor—in terms of lifetime costs, quality-adjusted life years, and cost-effectiveness.

Findings Ambulatory monitoring was the most cost-effective strategy for the diagnosis of hypertension for men and women of all ages. It was cost-saving for all groups (from –£56 [95% CI –105 to –10] in men aged 75 years to –£323 [–389 to –222] in women aged 40 years) and resulted in more quality-adjusted life years for men and women older than 50 years (from 0·006 [0·000 to 0·015] for women aged 60 years to 0·022 [0·012 to 0·035] for men aged 70 years). This finding was robust when assessed with a wide range of deterministic sensitivity analyses around the base case, but was sensitive if home monitoring was judged to have equal test performance to ambulatory monitoring or if treatment was judged effective irrespective of whether an individual was hypertensive.

Interpretation Ambulatory monitoring as a diagnostic strategy for hypertension after an initial raised reading in the clinic would reduce misdiagnosis and save costs. Additional costs from ambulatory monitoring are counterbalanced by cost savings from better targeted treatment. Ambulatory monitoring is recommended for most patients before the start of antihypertensive drugs.

Funding National Institute for Health Research and the National Institute for Health and Clinical Excellence.

Lancet 2011; 378: 1219–30

Published Online

August 24, 2011

DOI:10.1016/S0140-6736(11)61184-7

This publication has been corrected. The corrected version first appeared at thelancet.com on September 30, 2011

See [Comment](#) page 1199

See [Department of Error](#) page 1218

National Clinical Guideline Centre, Royal College of Physicians, London, UK (K Lovibond MSc, D Wonderling MSc); Health Economics (S Jowett PhD, P Barton PhD), Primary Care Clinical Sciences, a member of the NIHR English School for Primary Care Research (J Hodgkinson PhD, Prof R J McManus FRCP), and School of Clinical and Experimental Medicine (U Martin FRCP), University of Birmingham, Birmingham, UK; William Harvey Research Institute, and NIHR



The CARDIORISC Event study

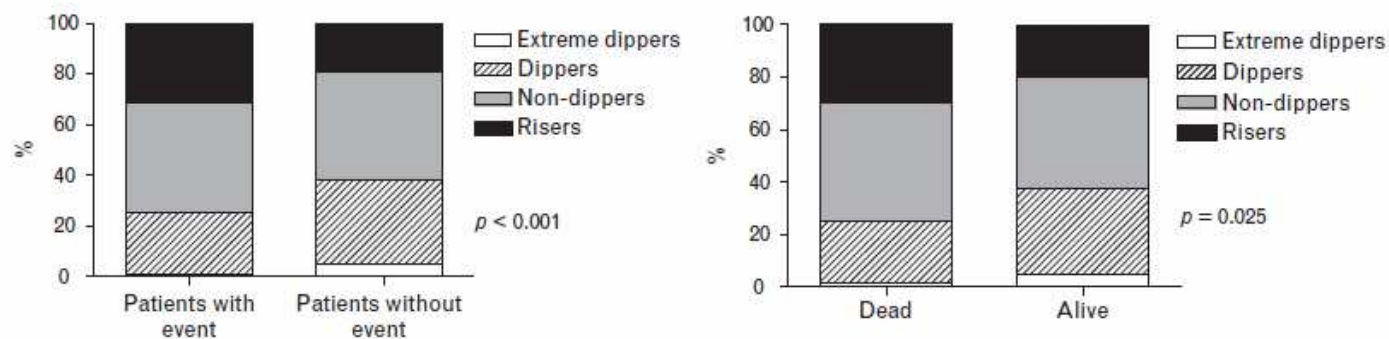
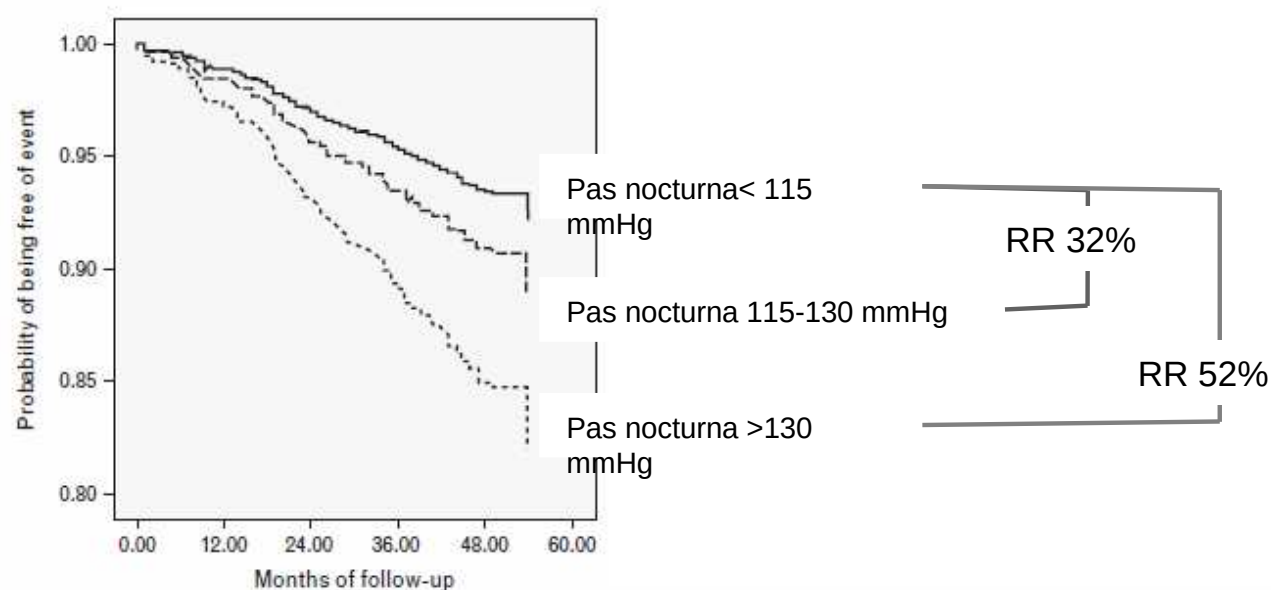
Journal of Hypertension 2012; 30: 713 - 719

2115 hipertensos de alto riesgo seguidos durante 4 años

268 eventos cardiovasculares (12,7%)

Después de ajustar por riesgo cardiovascular basal y PA clínica:

PAS nocturna predice 1,45 (IC 95%; 1,29-1,59)



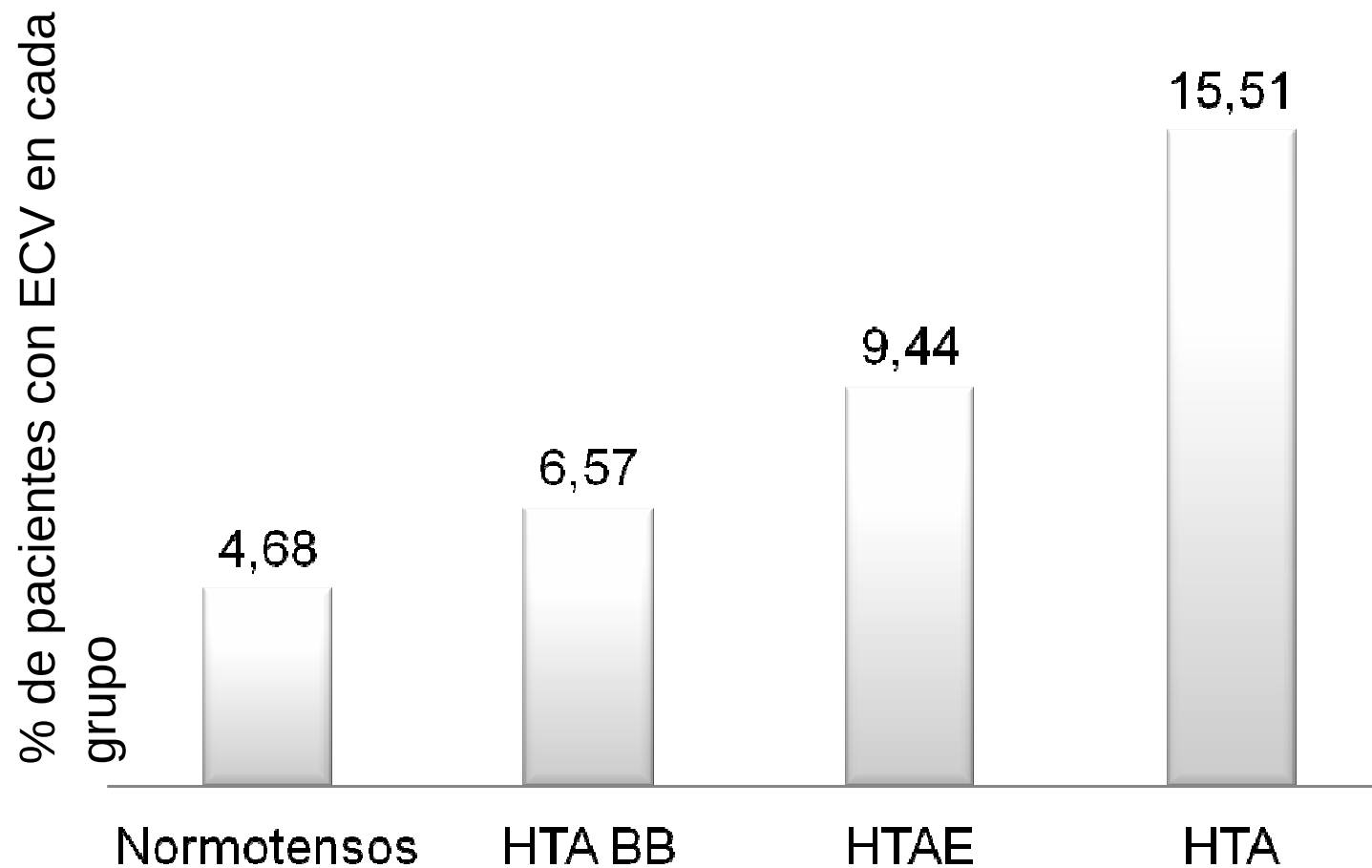
Definiciones de HTA segun los diferentes tipos de medida

Categoria	PAS (mmHg)		PAD (mmHg)
Clínica	≥ 140	y/o	≥ 90
MAPA actividad	≥ 135	y/o	≥ 85
MAPA descanso	≥ 120	y/o	≥ 70
MAPA 24 horas	≥ 130	y/o	≥ 80
AMPA	≥ 135	y/o	≥ 85

PA Clínica MAPA/AMPA	normal	patológica
	Normotensión	HTA clínica aislada ("bata blanca")
normal		
patológica	HTA enmascarada	Hipertensión



- 1.385 ciudadanos de Copenhague sin ECV previa, DM ni dislipemia
- Seguimiento medio 12,8 años
- 119 eventos cardiovasculares



Prevalencia bibliográfica en hipertensos tratados

	NT (control concordante)	HBB (control ambulatorio aislado)	HTAE (control clinico aislado)	HT (mal control concordante)
Ohta (n=262)	40	12	30	18
Tomiyama (n=332)	15	20	22	43
Sobrino (n=498)	40	18	15	27
Ben-Dov (n=1.007)	14	12	12	62
Sung Ji (n=1.019)	40	23	10	27
Ungar (n=1.100)	14	17	11	57
Banegas (n=12.897)	18	34	5	43

Concordancia 58-71%

Ohta Y. Clin Exp Hypert, 2011; 33:270–274



Tomiyama M,. Am J Hypertens 2006; 19:880–886.



Sobrino J, J Hypertens 2013; 31:e-suppl A



Ben-Dov IZ, Am J Hypertens 2005; 18:589–593



SungJi . Circ J 2011; 75: 357 – 365



Ungar A, J Hum Hypertens 2004; 18:897–903



Banegas JR, **Hypertension**, 2007; 49: 62-68



Prevalencia bibliográfica en hipertensos NO tratados

	NT (control concordante)	HBB (control ambulatorio aislado)	HTAE (control clínico aislado)	HT (mal control concordante)
Ungar (n=388)	9	17	9	65
Palatini (n=871)	14	24	14	48
De la Sierra (n=32.670)	17	31	7	45

NO Concordancia 26-38%

Ungar A, J Hum Hypertens 2004; 18:897–903



Palatini P. Hypertension 2004; 44:170–174



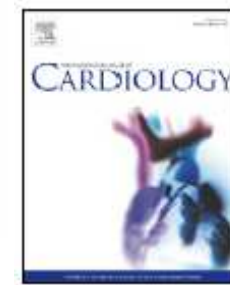
De la Sierra, ESH Meeting 2013



Ambulatory blood pressure monitoring: Is it mandatory for blood pressure control in treated hypertensive patients?

Prospective observational study

M.V. Lehmann ^a, U. Zeymer ^{b,c}, R. Dechend ^d, E. Kaiser ^e, I. Hagedorn ^e,
E. Deeg ^b, J. Senges ^b, R.E. Schmieder ^{a,*} 



International Journal of Cardiology 2013;168: 2255–2263

- 4.078 hipertensos por PA clínica
- Intensificación terapia antihipertensiva
- Al año MAPA:

	NT (control concordante)	HBB (control ambulatorio aislado)	HTAE (control clínico aislado)	HT (mal control concordante)
Total	18	6	33	43
Diabéticos	14	6	28	52
Enf. renal crónica	18	7	32	43
Enfermedad CV	19	6	30	48

Concordancia 61-67%



Caso clínico

- Varón 45 años, fumador de 20 paq/año
- Refiere algún valor de PA > 140/90 mmHg
- Exploración física: **PA 134/84** mmHg Fc 72 x' Peso 74 Kg. Talla 1,78 m. IMC 23 Cintura 88 cm
- **Analítica:** Glucosa 88 mg/dl, creatinina 0,8 mg/dl, Colesterol total 179 mg/dl, Colesterol HDL 45 mg/dl, Colesterol LDL 109 mg/dl Triglicéridos 125 mg/dl, ionograma plasmático normal, microalbuminuria 20 mg/g creatinina.
- **ECG:** ritmo sinusal, sin alteraciones de la repolarización, voltaje onda R en aVL 11 mm).



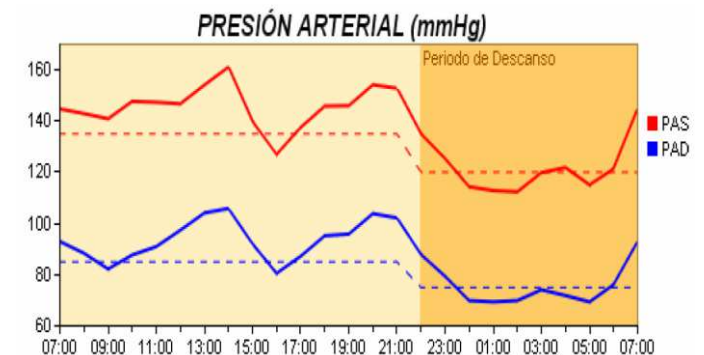
Caso clínico

- Toma de PA clínica (media de 3 determinaciones) 3 días separados por una semana cada uno de ellos
 - 1er día 132/86 mmHg
 - 2º día 134/80 mmHg
 - 3er día 130/82 mmHg
- Microalbuminuria 26 mg/g creatinina.
- Ecocardiograma-doppler: IMVI 124 gr/m² FE 61%.
- MAPA:

	24 HORAS		ACTIVIDAD		DESCANSO			
Variable	Lecturas	Media	Lecturas	Media	Lecturas	Media	Profundidad	
PAS	63 (98.41%)	137.37	44 (97.72%)	145.25	19 (100.0%)	119.52	17.71%	PACIENTE DIPPER
PAD		87.11		93.02		73.73	20.73%	
FP		78.54		84.72		64.57	23.77%	



HTA enmascarada



2013 ESH/ESC Guidelines for the management of arterial hypertension

The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC)

List of authors/Task Force Members: Giuseppe Mancia (Chairperson) (Italy)^a, Robert Fagard (Chairperson) (Belgium)^a, Krzysztof Narkiewicz (Section co-ordinator) (Poland), Josep Redón (Section co-ordinator) (Spain), Alberto Zanchetti (Section co-ordinator) (Italy), Michael Böhm (Germany), Thierry Christiaens (Belgium), Renata Cifkova (Czech Republic), Guy De Backer (Belgium), Anna Dominiczak (UK), Maurizio Galderisi (Italy), Diederick E. Grobbee (Netherlands), Tiny Jaarsma (Sweden), Paulus Kirchhof (Germany/UK), Sverre E. Kjeldsen (Norway), Stéphane Laurent (France), Athanasios J. Manolis (Greece), Peter M. Nilsson (Sweden), Luis Miguel Ruilope (Spain), Roland E. Schmieder (Germany), Per Anton Sirnes (Norway), Peter Sleight (UK), Margus Viigimaa (Estonia), Bernard Waeber (Switzerland), and Faiez Zannad (France)

Journal of Hypertension 2013, 31:1281–1357



Guidelines

2013 Practice guidelines for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and the European Society of Cardiology (ESC)

ESH/ESC Task Force for the Management of Arterial Hypertension

List of authors/Task Force members: Giuseppe Mancia (Chairperson) (Italy)^a, Robert Fagard (Chairperson) (Belgium)^b, Krzysztof Narkiewicz (Section co-ordinator) (Poland)^c, Josep Redón (Section co-ordinator) (Spain)^d, Alberto Zanchetti (Section co-ordinator) (Italy)^e, Michael Böhm (Germany)^f, Thierry Christiaens (Belgium)^g, Renata Cifkova (Czech Republic)^h, Guy De Backer (Belgium)ⁱ, Anna Dominiczak (UK)^j, Maurizio Galderisi (Italy)^k, Diederick E. Grobbee (Netherlands)^l, Tiny Jaarsma (Sweden)^m, Paulus Kirchhof (Germany/UK)^{n,o}, Sverre E. Kjeldsen (Norway)^p, Stéphane Laurent (France)^q, Athanasios J. Manolis (Greece)^r, Peter M. Nilsson (Sweden)^s, Luis Miguel Ruilope (Spain)^t, Roland E. Schmieder (Germany)^u, Per Anton Sirnes (Norway)^v, Peter Sleight (UK)^w, Margus Viigimaa (Estonia)^x, Bernard Waeber (Switzerland)^y, and Faiez Zannad (France)^z

Journal of Hypertension 2013, 31:1925–1938



Otros factores de riesgo, daño orgánico asintomático o enfermedad	Presión arterial (mmHg)			
	Normal alta PAS 130-139 o PAD 85-89	HTA de grado 1 PAS 140-159 o PAD 90-99	HTA de grado 2 PAS 160-179 o PAD 100-109	HTA de grado 3 PAS ≥ 180 o PAD ≥ 110
Sin otros FR		Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo alto
1-2 FR	Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo moderado a alto	Riesgo alto
≥ 3 FR	Riesgo bajo a moderado	Riesgo moderado a alto	Riesgo alto	Riesgo alto
Daño orgánico, ERC de grado 3 o diabetes mellitus	Riesgo moderado a alto	Riesgo alto	Riesgo alto	Riesgo alto a muy alto
ECV sintomática, ERC de grado ≥ 4 o diabetes con daño orgánico/FR	Riesgo muy alto	Riesgo muy alto	Riesgo muy alto	Riesgo muy alto

Figura 1. Estratificación del riesgo CV total en categorías de riesgo bajo, moderado, alto y muy alto según los valores de PAS y PAD y la prevalencia de factores de riesgo, daño orgánico asintomático, diabetes mellitus, grado de ERC y ECV sintomática. Los sujetos con PA normal alta en consulta y normal fuera de consulta (hipertensión enmascarada) tienen un riesgo CV en rango de hipertensión. Los sujetos con PA alta en consulta y normal fuera de consulta (hipertensión de bata blanca), especialmente si no tienen diabetes mellitus, daño orgánico, ECV o ERC, tienen un riesgo más bajo que el de la hipertensión persistente con los mismos valores de PA en consulta. CV: cardiovascular; ECV: enfermedad cardiovascular; ERC: enfermedad renal crónica; FR: factor de riesgo; HTA: hipertensión arterial; PA: presión arterial; PAD: presión arterial diastólica; PAS: presión arterial sistólica.



Otros factores de riesgo, daño orgánico asintomático o enfermedad	Presión arterial (mmHg)			
	Normal alta PAS 130-139 o PAD 85-89	HTA de grado 1 PAS 140-159 o PAD 90-99	HTA de grado 2 PAS 160-179 o PAD 100-109	HTA de grado 3 PAS ≥ 180 o PAD ≥ 110
Sin otros FR	No intervenir sobre la PA	- Cambios en el estilo de vida durante varios meses - Después añadir tratamiento para la PA con un objetivo de $< 140/90$	- Cambios en el estilo de vida durante varias semanas - Después añadir tratamiento para la PA con un objetivo de $< 140/90$	- Cambios en el estilo de vida - Tratamiento inmediato para la PA con un objetivo de $< 140/90$
1-2 FR	- Cambios en el estilo de vida - No intervenir sobre la PA	- Cambios en el estilo de vida durante varias semanas - Después añadir tratamiento para la PA con un objetivo de $< 140/90$	- Cambios en el estilo de vida durante varias semanas - Después añadir tratamiento para la PA con un objetivo de $< 140/90$	- Cambios en el estilo de vida - Tratamiento inmediato para la PA con un objetivo de $< 140/90$
≥ 3 FR	- Cambios en el estilo de vida - No intervenir sobre la PA	- Cambios en el estilo de vida durante varias semanas - Después añadir tratamiento para la PA con un objetivo de $< 140/90$	- Cambios en el estilo de vida - Tratamiento para la PA con un objetivo de $< 140/90$	- Cambios en el estilo de vida - Tratamiento inmediato para la PA con un objetivo de $< 140/90$
Daño orgánico, ERC de grado 3 o diabetes mellitus	- Cambios en el estilo de vida - No intervenir sobre la PA	- Cambios en el estilo de vida - Tratamiento para la PA con un objetivo de $< 140/90$	- Cambios en el estilo de vida - Tratamiento para la PA con un objetivo de $< 140/90$	- Cambios en el estilo de vida - Tratamiento para la PA con un objetivo de $< 140/90$
ECV sintomática, ERC de grado ≥ 4 o daño orgánico/FR	- Cambios en el estilo de vida - No intervenir sobre la PA	- Cambios en el estilo de vida - Tratamiento para la PA con un objetivo de $< 140/90$	- Cambios en el estilo de vida - Tratamiento para la PA con un objetivo de $< 140/90$	- Cambios en el estilo de vida - Tratamiento para la PA con un objetivo de $< 140/90$

Figura 2. Instauración de cambios en el estilo de vida y tratamiento antihipertensivo farmacológico. Los objetivos del tratamiento también están indicados. El código de colores es similar al de la figura 1. Consulte la sección 6.6, donde se explica que para pacientes con diabetes mellitus el objetivo óptimo de PAD es 80-85 mmHg. Con valores de PA normal alta, se debe considerar el tratamiento farmacológico si la PA fuera de consulta es elevada (hipertensión enmascarada). Consulte la sección 4.2.4, donde se explica que no hay evidencia que respalde el tratamiento farmacológico en individuos jóvenes con hipertensión sistólica aislada. CV: cardiovascular; ECV: enfermedad cardiovascular; ERC: enfermedad renal crónica; FR: factor de riesgo; HTA: hipertensión arterial; PA: presión arterial; PAD: presión arterial diastólica; PAS: presión arterial sistólica.



6.2.1. Resumen de las recomendaciones sobre las estrategias terapéuticas en la hipertensión de bata blanca y la hipertensión enmascarada

Estrategias terapéuticas en la hipertensión arterial de bata blanca y la hipertensión arterial enmascarada

Recomendaciones	Clase ^a	Nivel ^b
Para pacientes con HTA de bata blanca sin factores adicionales de riesgo, se debe considerar una intervención terapéutica basada únicamente en cambios en el estilo de vida, pero esta decisión debe acompañarse de una estrecha vigilancia del paciente	IIa	C
Para hipertensos de bata blanca con un riesgo CV más alto debido a alteraciones metabólicas o daño orgánico, se puede considerar el tratamiento farmacológico además de cambios en el estilo de vida	IIb	C
En la HTA enmascarada, se debe considera tratamiento antihipertensivo y cambios en el estilo de vida, porque este tipo de HTA se ha asociado repetidamente a un riesgo CV cercano al de la HTA dentro y fuera de consulta	IIa	C



Caso clínico

- Mujer 63 años, no hábitos tóxicos ni AP de interés
- Refiere HTA conocida desde hace 6 meses, con malos controles, en tto con enalapril 10 mg.
- Exploración física: **PA 168/102** mmHg Fc 86 x' Peso 86 Kg. Talla 1,68 m. IMC 30,5 Cintura 94 cm.
- **Analítica:** Hb 13,5 Glucosa 108 mg/dl, creatinina 0,9 mg/dl, Colesterol total 204 mg/dl, Colesterol HDL 45 mg/dl, Colesterol LDL 126 mg/dl Triglicéridos 165 mg/dl, ionograma plasmático normal, microalbuminuria 5 mg/g creatinina.
- **ECG:** ritmo sinusal, sin alteraciones de la repolarización ni datos de HVI (voltaje de R en aVL 5 mm).

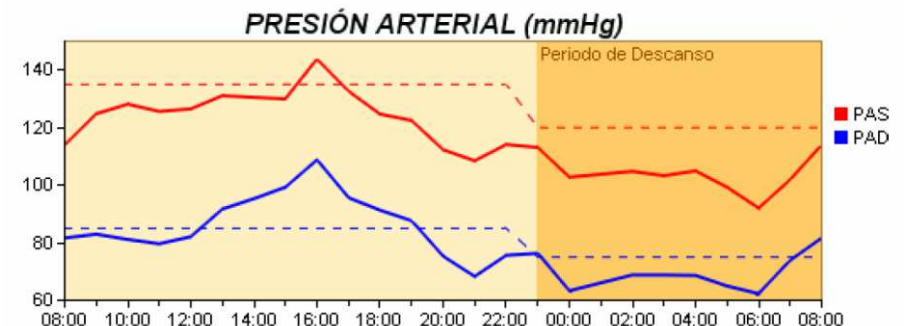


Caso clínico

- Retirado enalapril y sin tratamiento antihipertensivo
- Al cabo de 1 mes toma de PA clínica (media de 3 determinaciones) 3 días separados por una semana cada uno de ellos
 - 1er día 168/96 mmHg
 - 2º día 166/94 mmHg
 - 3er día 162/98 mmHg
- MAPA

	24 HORAS		ACTIVIDAD		DESCANSO			
Variable	Lecturas	Media	Lecturas	Media	Lecturas	Media	Profundidad	
PAS	59 (91.52%)	116.85	41 (92.68%)	122.76	18 (88.88%)	102.81	16.25%	PACIENTE DIPPER
PAD		79.37		83.81		68.81	17.90%	
FP		74.62		79.89		62.12	22.24%	

HTA de bata
blanca



Otros factores de riesgo, daño orgánico asintomático o enfermedad	Presión arterial (mmHg)			
	Normal alta PAS 130-139 o PAD 85-89	HTA de grado 1 PAS 140-159 o PAD 90-99	HTA de grado 2 PAS 160-179 o PAD 100-109	HTA de grado 3 PAS ≥ 180 o PAD ≥ 110
Sin otros FR		Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo alto
1-2 FR	Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo moderado a alto	Riesgo alto
≥ 3 FR	Riesgo bajo a moderado	Riesgo moderado a alto	Riesgo alto	Riesgo alto
Daño orgánico, ERC de grado 3 o diabetes mellitus	Riesgo moderado a alto	Riesgo alto	Riesgo alto	Riesgo alto a muy alto
ECV sintomática, ERC de grado ≥ 4 o diabetes con daño orgánico/FR	Riesgo muy alto	Riesgo muy alto	Riesgo muy alto	Riesgo muy alto

Figura 1. Estratificación del riesgo CV total en categorías de riesgo bajo, moderado, alto y muy alto según los valores de PAS y PAD y la prevalencia de factores de riesgo, daño orgánico asintomático, diabetes mellitus, grado de ERC y ECV sintomática. Los sujetos con PA normal alta en consulta y normal fuera de consulta (hipertensión enmascarada) tienen un riesgo CV en rango de hipertensión. Los sujetos con PA alta en consulta y normal fuera de consulta (hipertensión de bata blanca), especialmente si no tienen diabetes mellitus, daño orgánico, ECV o ERC, tienen un riesgo más bajo que el de la hipertensión persistente con los mismos valores de PA en consulta. CV: cardiovascular; ECV: enfermedad cardiovascular; ERC: enfermedad renal crónica; FR: factor de riesgo; HTA: hipertensión arterial; PA: presión arterial; PAD: presión arterial diastólica; PAS: presión arterial sistólica.



Otros factores de riesgo, daño orgánico asintomático o enfermedad	Presión arterial (mmHg)			
	Normal alta PAS 130-139 o PAD 85-89	HTA de grado 1 PAS 140-159 o PAD 90-99	HTA de grado 2 PAS 160-179 o PAD 100-109	HTA de grado 3 PAS ≥ 180 o PAD ≥ 110
Sin otros FR	No intervenir sobre la PA	- Cambios en el estilo de vida durante varios meses - Después añadir tratamiento para la PA con un objetivo de $< 140/90$	- Cambios en el estilo de vida durante varias semanas - Después añadir tratamiento para la PA con un objetivo de $< 140/90$	- Cambios en el estilo de vida - Tratamiento inmediato para la PA con un objetivo de $< 140/90$
1-2 FR	- Cambios en el estilo de vida - No intervenir sobre la PA	- Cambios en el estilo de vida durante varias semanas - Después añadir tratamiento para la PA con un objetivo de $< 140/90$	- Cambios en el estilo de vida durante varias semanas - Después añadir tratamiento para la PA con un objetivo de $< 140/90$	- Cambios en el estilo de vida - Tratamiento inmediato para la PA con un objetivo de $< 140/90$
≥ 3 FR	- Cambios en el estilo de vida - No intervenir sobre la PA	- Cambios en el estilo de vida durante varias semanas - Después añadir tratamiento para la PA con un objetivo de $< 140/90$	- Cambios en el estilo de vida - Tratamiento para la PA con un objetivo de $< 140/90$	- Cambios en el estilo de vida - Tratamiento inmediato para la PA con un objetivo de $< 140/90$
Daño orgánico, ERC de grado 3 o diabetes mellitus	- Cambios en el estilo de vida - No intervenir sobre la PA	- Cambios en el estilo de vida - Tratamiento para la PA con un objetivo de $< 140/90$	- Cambios en el estilo de vida - Tratamiento para la PA con un objetivo de $< 140/90$	- Cambios en el estilo de vida - Tratamiento para la PA con un objetivo de $< 140/90$
ECV sintomática, ERC de grado ≥ 4 o daño orgánico/FR	- Cambios en el estilo de vida - No intervenir sobre la PA	- Cambios en el estilo de vida - Tratamiento para la PA con un objetivo de $< 140/90$	- Cambios en el estilo de vida - Tratamiento para la PA con un objetivo de $< 140/90$	- Cambios en el estilo de vida - Tratamiento para la PA con un objetivo de $< 140/90$

Figura 2. Instauración de cambios en el estilo de vida y tratamiento antihipertensivo farmacológico. Los objetivos del tratamiento también están indicados. El código de colores es similar al de la figura 1. Consulte la sección 6.6, donde se explica que para pacientes con diabetes mellitus el objetivo óptimo de PAD es 80-85 mmHg. Con valores de PA normal alta, se debe considerar el tratamiento farmacológico si la PA fuera de consulta es elevada (hipertensión enmascarada). Consulte la sección 4.2.4, donde se explica que no hay evidencia que respalde el tratamiento farmacológico en individuos jóvenes con hipertensión sistólica aislada. CV: cardiovascular; ECV: enfermedad cardiovascular; ERC: enfermedad renal crónica; FR: factor de riesgo; HTA: hipertensión arterial; PA: presión arterial; PAD: presión arterial diastólica; PAS: presión arterial sistólica.



6.2.1. Resumen de las recomendaciones sobre las estrategias terapéuticas en la hipertensión de bata blanca y la hipertensión enmascarada

Estrategias terapéuticas en la hipertensión arterial de bata blanca y la hipertensión arterial enmascarada

Recomendaciones	Clase ^a	Nivel ^b
Para pacientes con HTA de bata blanca sin factores adicionales de riesgo, se debe considerar una intervención terapéutica basada únicamente en cambios en el estilo de vida, pero esta decisión debe acompañarse de una estrecha vigilancia del paciente	Ila	C
Para hipertensos de bata blanca con un riesgo CV más alto debido a alteraciones metabólicas o daño orgánico, se puede considerar el tratamiento farmacológico además de cambios en el estilo de vida	Iib	C
En la HTA enmascarada, se debe considera tratamiento antihipertensivo y cambios en el estilo de vida, porque este tipo de HTA se ha asociado repetidamente a un riesgo CV cercano al de la HTA dentro y fuera de consulta	Ila	C



Reproducibilidad



Hypertension. 2012;59:384-389

Appropriate Time Interval to Repeat Ambulatory Blood Pressure Monitoring in Patients With White-Coat Resistant Hypertension

Elizabeth S. Muxfeldt, Roberto Fiszman, Fabio de Souza, Bianca Viegas, Fernanda C. Oliveira, Gil F. Salles

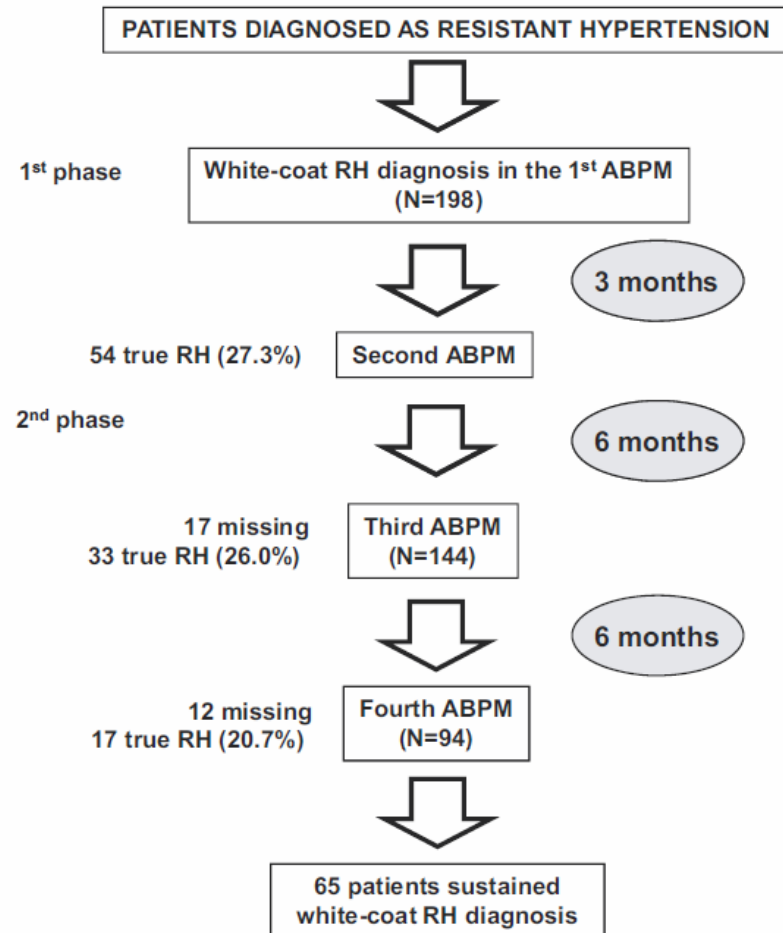


Table 4. Multivariate Logistic Regression Analysis for Ambulatory Blood Pressure Monitoring Parameters Associated With Persistence of the White-Coat Resistant Hypertension Diagnosis After 1 y

Covariates	OR	95% CI	P
Female sex	0.76	0.32–1.77	0.51
Age, y	1.02	0.98–1.06	0.40
No. of antihypertensive drugs	0.76	0.48–1.20	0.25
Office SBP ≤155 mm Hg	2.19	0.97–4.96	0.06
24-h SBP ≤115 mm Hg	2.15	0.11–3.92	0.64
Daytime SBP ≤115 mm Hg	3.19	1.36–7.46	0.007
Nighttime SBP ≤105 mm Hg	1.88	0.73–4.90	0.19

OR indicates odds ratio; SBP, systolic blood pressure.

**¡Pon un MAPA en todo
sujeto que quieras
averiguar su riesgo
vascular real!**



