



Hipertensión y riesgo vascular

www.elsevier.es/hipertension



REVISIÓN

Cronoterapia en hipertensión arterial



M. Bendersky

Departamento de Farmacología Aplicada, Universidad Nacional de Córdoba, Córdoba, Argentina

Recibido el 24 de marzo de 2015; aceptado el 7 de abril de 2015
Disponible en Internet el 26 de mayo de 2015

PALABRAS CLAVE

Ritmo circadiano de la presión;
Cronoterapia;
Presión nocturna;
Ascenso matinal

Resumen En la actualidad conocemos el perfil tensional en la mayoría de los sujetos normo- e hipertensos, y el impacto que sus modificaciones inducen sobre el riesgo cardio- y cerebrovascular. La monitorización ambulatoria de presión arterial (MAPA) ha contribuido en gran medida al conocimiento de estos parámetros. Se intenta corregir con cambios en el horario de la administración de fármacos (cronoterapia) alguno de los componentes del perfil tensional que presentan mejor correlación con el riesgo, entre ellos, el descenso nocturno y el ascenso brusco matinal de la presión. Las investigaciones en ese sentido son todavía escasas, y es necesario programar trabajos multicéntricos que puedan contestar acerca del verdadero impacto preventivo de dichas modificaciones.

© 2015 SEHLELHA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Circadian rythm of BP;
Chronotherapy;
Nocturnal blood pressure;
Blood pressure morning surge

Chronotherapy in arterial hypertension

Abstract The blood pressure profile in most normo- and hypertensive subjects are currently known, as well as the impact their changes induced on the cardio- and cerebrovascular risk. Ambulatory blood pressure monitoring (ABPM) has contributed greatly to the knowledge of this parameter. It to correct the schedule of drug administration (chronotherapy) with changes in any component of the BP profile that have better correlation with risk. These include the nocturnal decrease and the morning BP surge. Investigations in this direction are still scarce, and multicenter studies need to be conducted that can answer the true preventive impact of such modifications.

© 2015 SEHLELHA. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

La presión arterial y la FC, entre otras funciones orgánicas, tienen cambios circadianos definidos, con relación directa con los períodos vigilia-sueño.

La actividad del paciente parece contribuir parcialmente al comportamiento tensional, pues hay ritmos circadianos

Correo electrónico: mariobendersky@hotmail.com

<http://dx.doi.org/10.1016/j.hipert.2015.04.001>

1889-1837/© 2015 SEHLELHA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

neuroendocrinos (SRA, melatonina, entre otros) que también contribuyen, y que se pueden desplazar horariamente en los sujetos que «viven» de noche.

Tanto en normotensos como en hipertensos *la presión arterial tiene un período de valores elevados, entre las 10 y 18h*, que luego comienza a descender hasta aproximadamente las 3h. Después comienza un lento aumento, que a veces coincide con el período de movimientos oculares rápidos, hasta que aproximadamente *a las 6h comienza un período de elevación tensional más brusca que precede el despertar* y comenzar las actividades, y que se prolonga por 4-6h, ocupando casi toda la mañana. En este período el ascenso se calcula en 3 mmHg de sistólica/h y 2 mmHg de diastólica/h¹⁻³.

Lógicamente en hipertensos se conserva el perfil pero en valores paralelos más elevados.

Uno de los mecanismos que regulan el ritmo circadiano de muchas funciones orgánicas ha sido identificado hace corto tiempo. Son neuronas en el núcleo supraquiasmático del hipotálamo que expresan un neuropéptido llamado *neuro-medina S* y que son necesarias y suficientes para el control del ritmo circadiano⁴.

A pesar de que la repetitibilidad de los cambios nocturnos no es perfecta, revela una forma reaccional en muchos pacientes, y lo más importante, esta modalidad ha demostrado correlacionar con daños de órganos blanco y con el pronóstico de los pacientes. Muchas funciones CV, renales y gastrointestinales tienen un patrón día-noche, y pueden influir la farmacocinética de la medicación antihipertensiva.

La MAPA es una herramienta que ha permitido conocer mejor la fisiología tensional, el perfil de la presión arterial durante las 24h, y además tiene mejor reproducibilidad y mayor correlación con el pronóstico que las mediciones en consultorio⁵⁻⁷.

El *promedio diurno* refleja los valores tensionales del paciente en sus actividades habituales, en general más bajos que la presión arterial en el consultorio, influidos por la actividad física y mental. Hay 2 períodos (siesta y posprandial) en los que la presión arterial baja, y debemos tenerlos en cuenta porque pueden modificar el promedio diurno.

El *promedio nocturno* es superior al diurno para predecir riesgos probablemente por ser mediciones libres de la actividad diaria del paciente, o por un manejo más independiente de la actividad simpática, también del SRA, con cambios en la sensibilidad al sodio en ese período. También la presión arterial nocturna puede constituir un marcador de enfermedades asociadas (causalidad reversa). La hipertensión (HTA) aislada nocturna, con promedios diurnos normales, se asocia a más daños en órganos blanco (DOB) y mayor morbimortalidad CV y total⁸⁻¹².

En la evaluación de la eficacia de los tratamientos, las reducciones medias de la presión arterial medida con MAPA son entre un 25 y un 33% menores que las reducciones de presión arterial de consultorio, y también se observa una menor reducción en la presión arterial nocturna en comparación con la diurna.

Para el diagnóstico de HTA, es importante tener en cuenta los diferentes patrones, considerando la PA diurna, la PA de 24h, que incluye el período nocturno, y los casos de HTA aislada nocturna.

El descenso nocturno de la presión arterial

Podemos *clasificar* a los pacientes según el porcentaje de descenso nocturno de la presión, en «dippers» aquellos que bajan la presión nocturna entre un 10 y un 20% (entre un 65 y un 75% de los pacientes), en «non dippers», que bajan menos de un 10% su presión arterial nocturna (20-25% de los pacientes), unos pocos que elevan la presión nocturna, y podemos definirlos como pacientes con «ritmo circadiano invertido» y, por último, pacientes en los que desciende más de un 20% su presión arterial nocturna («overdippers»). Los niveles de corte son arbitrarios, y la reproducibilidad del patrón es pobre y depende de la calidad de sueño, por ello a veces se prefiere tomar en cuenta los valores de presión arterial nocturna absolutos más allá del nivel de descenso¹¹⁻¹³.

En la *figura 1* se pueden observar los perfiles tensionales circadianos de 140 hipertensos esenciales estudiados hace un tiempo en nuestro centro. La línea amarilla representa el promedio de todos los pacientes, con un *descenso a la siesta*, y luego el *descenso nocturno*, seguido del *ascenso brusco matinal*. Se puede observar también que una mayoría de los hipertensos presentan comportamiento dipper, aunque hay pacientes non dippers y una minoría de pacientes (7%) invierten el ritmo, con ascenso nocturno.

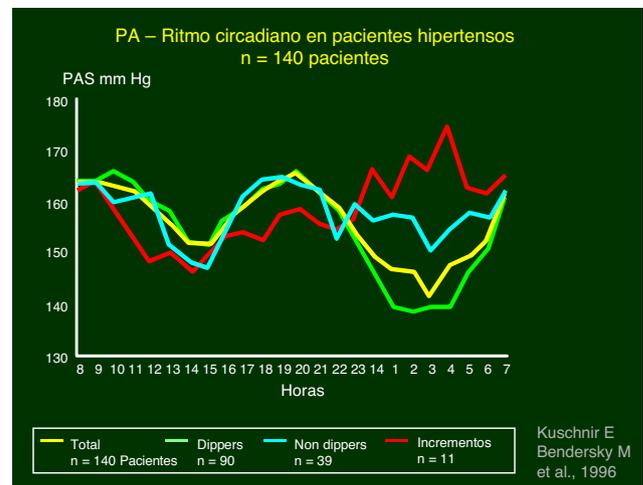


Figura 1 Perfil tensional en hipertensos no tratados.



Figura 2 Paciente overdipper, descenso nocturno exagerado de la presión arterial.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2926255>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2926255>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)