



Medicina de Familia
SEMERGEN

www.elsevier.es/semergen



FORMACIÓN CONTINUADA - RECOMENDACIONES DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA

La hipotensión ortostática, esa gran desconocida

S.M. Velilla-Zancada^{a,b,*}, M.A. Prieto-Díaz^{b,c}, C. Escobar-Cervantes^{b,d}
y L. Manzano-Espinosa^e

^a Centro de Salud Espartero, Logroño, La Rioja, España

^b Grupo de trabajo de Hipertensión Arterial y Enfermedad Cardiovascular de SEMERGEN, España

^c Centro de Salud Vallobín-La Florida, Oviedo, Asturias, España

^d Departamento de Cardiología, Hospital La Paz, Madrid, España

^e Medicina Interna, Hospital Ramón y Cajal, Madrid, España

Recibido el 6 de agosto de 2016; aceptado el 20 de septiembre de 2016

PALABRAS CLAVE

Presión arterial;
Hipotensión
ortostática;
Postura

Resumen La hipotensión ortostática es una alteración de creciente interés en las investigaciones científicas. Determinadas enfermedades neurológicas se asocian con este fenómeno; sin embargo, también puede ser de causa no neurológica. A pesar de que la hipotensión ortostática se define por consenso como la disminución de la presión arterial sistólica en al menos 20 mmHg, o la disminución de la presión arterial diastólica en al menos 10 mmHg, a lo largo de los 3 primeros minutos en bipedestación, en los diferentes estudios varía la manera de diagnosticarla. Se ha afirmado que se asocia con determinados factores de riesgo cardiovascular y con el tratamiento farmacológico, pero los resultados son contradictorios. En la presente revisión se pretende actualizar los conocimientos disponibles sobre la hipotensión ortostática, su tratamiento, así como proponer un método que sirva de base para estandarizar su valoración. © 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Blood pressure;
Orthostatic
hypotension;
Posture

Orthostatic hypotension; that great unknown

Abstract Orthostatic hypotension is an anomaly of growing interest in scientific research. Although certain neurogenic diseases are associated with this phenomenon, it can also be associated with non-neurological causes. Although orthostatic hypotension is defined by consensus as a decrease in the systolic blood pressure of at least 20 mmHg, or a decrease in diastolic blood pressure of at least 10 mmHg, within 3 min of standing, the studies differ on how to diagnose it. Orthostatic hypotension is associated with certain cardiovascular risk factors and with drug treatment, but the results are contradictory. The purpose of this review is to update the

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: svelizan@hotmail.com (S.M. Velilla-Zancada).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2016.09.006>

1138-3593/© 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN). Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Cómo citar este artículo: Velilla-Zancada SM, et al. La hipotensión ortostática, esa gran desconocida. Semergen. 2016.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.semerg.2016.09.006>

knowledge about orthostatic hypotension and its treatment, as well as to propose a method to standardise its diagnosis.

© 2016 Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMergen). Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El volumen de sangre central se reduce cuando una persona se pone en pie de manera activa; es aquí cuando entra en juego un complejo mecanismo compensatorio para mantener la presión arterial (PA), jugando un papel fundamental los barorreceptores. Estos se encargan de evitar variaciones excesivas de la presión sanguínea.

Al adoptar la postura erguida se activan los barorreceptores situados a nivel de la arteria carótida y de la aorta, y se produce un descenso de la PA, provocando la inhibición del sistema nervioso parasimpático y la activación del sistema nervioso simpático. Esta activación lleva a un aumento de los niveles en sangre de noradrenalina, adrenalina y de la actividad de la renina plasmática, elevándose así las resistencias arteriales periféricas y el gasto cardiaco para mantener la PA¹⁻³.

Este mecanismo fisiológico puede estar interferido por la presencia de placas de ateroma, por niveles altos de la PA de manera mantenida o por la acción de diversos tóxicos que actúan sobre el endotelio, llevando a una hipertensión arterial sostenida, favoreciendo así una respuesta anormal de la PA con el ortostatismo⁴. La alteración barorreceptora puede ocurrir también en los individuos de mayor edad, que pueden tener alterados los mecanismos compensatorios que ocurren con la bipedestación^{1,3,5}. Se piensa que así es como se origina la caída excesiva de la PA con el ortostatismo, fenómeno conocido como hipotensión ortostática (HO).

La HO, incluso en los sujetos sin hipertensión arterial de base⁶, se asocia con una mayor velocidad de la onda de pulso^{5,6}. La asociación es mayor cuando la velocidad de la onda de pulso es mayor⁵. Esta es un marcador de rigidez arterial y puede explicar también, en parte, el mecanismo fisiopatológico presente en la HO. La rigidez arterial se asocia inversamente con la sensibilidad barorreceptora^{7,8} y puede que en estos sujetos no se pongan en marcha los mecanismos de la regulación de la PA ante el cambio postural, ya que la actividad del sistema barorreceptor está disminuida por la rigidez arterial, y se favorezca así la caída de la PA tras el ortostatismo.

Definición

A lo largo de la historia se han considerado varias definiciones para diagnosticar la HO; por eso, en 1996 se llega a un consenso en cuanto a qué definición es la que se debe utilizar. Se acuerda que se denomina HO a la disminución de la presión arterial sistólica (PAS) en al menos 20 mmHg, o la disminución de la presión arterial diastólica (PAD) en

al menos 10 mmHg, a lo largo de los 3 primeros minutos en bipedestación. También se acepta como alternativa el uso de la mesa basculante con un ángulo de al menos 60° de inclinación⁹.

Se afirma que en los sujetos con hipertensión supina una reducción de la PAS de 30 mmHg o más tras el ortostatismo es un criterio más apropiado para definir la HO, ya que la magnitud de la caída de la PAS depende de la PA basal¹⁰.

La HO se considera temprana cuando existe durante los primeros 15 s en bipedestación un descenso de la PAS de 40 mmHg o más y/o de la PAD de 20 mmHg o más; y tardía, cuando la HO se diagnostica más allá de los primeros tres minutos tras el ortostatismo¹⁰.

Muchas veces se puede sospechar la presencia de HO por la clínica que muestra el sujeto⁹, que puede llegar a manifestarse como dolor torácico o claudicación¹¹, aunque hay que tener en cuenta que en los sujetos con demencia no se manifiesta de la manera clásica¹², pero con la medición de la PA tras la bipedestación no se objetiva la variación diagnóstica en la misma. Se propone realizar el test de la mesa inclinada con monitorización de la PA en estos individuos¹³. Hay que tener en cuenta que la respuesta, tanto temprana como tardía, difiere según se valore con el test de la mesa basculante o con el cambio postural de manera activa¹⁴.

Algún autor ha considerado por separado el descenso de la PAS y de la PAD con el ortostatismo. Se ha afirmado que pueden llegar incluso a tener un pronóstico diferente^{15,16}.

Diagnóstico

En las guías se recomienda tomar la PA en pie en la consulta a las personas ancianas para el control y el diagnóstico de la hipertensión arterial, ya que se pretende valorar así la presencia de la HO^{17,18}. El diagnóstico debe basarse en 2 o más mediciones^{19,20} tomadas en diferentes días, aunque es preferible medirla en una única ocasión antes que no valorarla³. La medición por la mañana es la más sensible para detectar la HO³, ya que estos sujetos tienen más probabilidad de presentar otro episodio de HO durante el día²¹. Una vez diagnosticada, se recomienda la realización de una monitorización ambulatoria de la PA (MAPA) para saber cómo está controlada la PA a lo largo del día, sobre todo en los pacientes con hipertensión arterial supina²²⁻²⁴.

Se recomienda que, para la valoración de la HO temprana, la medición de la PA se lleve a cabo con un aparato automático en cortos intervalos de tiempo o con la monitorización de la medición latido a latido en el dedo²⁵. También se recomienda, para valorar esta característica, realizar la medición de la PA con el cambio postural de manera activa,

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8768464>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8768464>

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