



Dr. José Torres Encina

Cardiólogo
Universidad de Antofagasta
Hospital regional de Antofagasta
Director Sociedad Chilena de Hipertensión.



SOCIEDAD CHILENA DE
HIPERTENSIÓN

Hipertensión, inflamación y aterosclerosis: hacia una visión integrada del riesgo cardiovascular

Durante décadas, la hipertensión arterial fue entendida principalmente como una alteración hemodinámica cuyo objetivo terapéutico era reducir cifras tensionales; sin embargo, la evidencia contemporánea obliga a ampliar esta mirada. Hoy se sabe que la hipertensión forma parte de una constelación cardiorrenometabólica donde inflamación, disfunción endotelial, adiposidad, diabetes, enfermedad renal y aterosclerosis interactúan de manera dinámica, potenciando el riesgo cardiovascular (CV) residual ⁽¹⁻⁴⁾.

La hipertensión no solo acompaña a la aterosclerosis, sino que también acelera su desarrollo. La exposición crónica a la presión arterial elevada favorece el estrés oxidativo, la pérdida de biodisponibilidad de óxido nítrico, la activación del sistema inmune y el remodelado vascular. Este entorno facilita la infiltración lipídica y la progresión de la placa aterosclerótica ^(1,2). En consecuencia, el paciente hipertenso debe entenderse como un individuo con potencial daño vascular sistémico, más allá de una cifra elevada registrada en la consulta.

En este contexto, la inflamación vascular ha dejado de ser un fenómeno secundario para transformarse en un componente clínicamente relevante del riesgo CV. La proteína C reactiva ultrasensible (PCRus) es actualmente el biomarcador inflamatorio más accesible y validado en la práctica clínica. Diversos estudios

recientes han demostrado que niveles elevados de PCRus se asocian independientemente con eventos CV mayores, mortalidad CV y mortalidad total, incluso en pacientes con colesterol LDL adecuadamente controlado ^(4,5).

Las guías recientes de la *European Society of Cardiology*, de la *American Heart Association*, así como de la *International Atherosclerosis Society*, han comenzado a incorporar esta visión integrada del riesgo CV ⁽¹⁻⁴⁾. El enfoque actual ya no se limita al control aislado de la presión arterial, sino que promueve la evaluación global del paciente, considerando adiposidad, diabetes, tabaquismo, enfermedad renal, dislipidemia y, en determinados casos, riesgo inflamatorio residual. Este riesgo inflamatorio residual, se refiere a un riesgo elevado y persistente de sufrir episodios cardiovasculares debidos a una inflamación crónica de baja intensidad, a pesar del

control óptimo de los factores de riesgo tradicionales. Este riesgo se mide habitualmente mediante los niveles de PCRus^(4,5).

Esto tiene implicancias prácticas relevantes: se debe medir mejor la presión arterial, no solo realizar screening y confirmar el diagnóstico mediante monitoreo continuo ambulatorio o Holter, sino que también se debe realizar estratificación de riesgo CV como eje central de la toma de decisiones clínicas^(1,2).

En pacientes seleccionados, particularmente aquellos que viven con obesidad, enfermedad renal crónica, diabetes o sospecha de aterosclerosis subclínica, la PCRus aporta información pronóstica complementaria⁽³⁻⁵⁾.

El manejo del paciente con hipertensión debe ser necesariamente integrado. La reducción efectiva del riesgo CV depende simultáneamente del adecuado control de la presión arterial, la corrección intensiva de lípidos, la reducción de la adiposidad, actividad física regular, suspensión del

tabaquismo y optimización metabólica. Este abordaje disminuye tanto la carga hemodinámica como la inflamatoria⁽¹⁻⁴⁾.

El futuro probablemente avanzará hacia una prevención CV más personalizada, basada en fenotipos clínicos. Se debe identificar qué subgrupos de pacientes presentan verdadero riesgo inflamatorio residual y en cuáles se debe integrar PCRus de forma costo-efectiva a la práctica clínica. Asimismo, es necesario comprender la interacción entre inflamación, adiposidad visceral y daño de órgano blanco.

La hipertensión debe dejar de abordarse exclusivamente como una enfermedad de la presión arterial. El verdadero desafío es comprenderla como parte de un continuo vascular, inflamatorio y aterosclerótico. Hacia allí vamos: hacia una medicina CV integrada, preventiva y centrada en el riesgo global del paciente.

Más que controlar cifras, el desafío es cambiar el destino CV de nuestros pacientes.

SOCIEDAD CHILENA DE
HIPERTENSIÓN



1. European Society of Cardiology. 2024 ESC Guidelines for the Management of Elevated Blood Pressure and Hypertension. *Eur Heart J*. 2024.
2. European Society of Cardiology. 2024 ESC Guidelines for the Management of Chronic Coronary Syndromes. *Eur Heart J*. 2024.
3. International Atherosclerosis Society. *Taming the Flames: Assessment and Management of Atherosclerosis Risk*. 2026. (disponible en [https://](https://athero.org/resources/taming-the-flames-assessment-and-management-of-atherosclerosis-risk/)
4. Mensah GA, et al. Inflammation and Cardiovascular Disease: 2025 ACC Scientific Statement. *J Am Coll Cardiol*. 2025.
5. Kurt B, et al. C-reactive protein and cardiovascular risk in the general population. *Eur Heart J*. 2026.