

La prehipertensión

Prehypertension

Manuel Delfín Pérez Caballero

Especialista de II Grado en Medicina Interna. Profesor Titular.

La prehipertensión es la más reciente categoría en la clasificación, basada en cifras, de la hipertensión arterial (HTA), incorporada por el VII reporte del *Joint National Committee* (JNC) de los Estados Unidos de Norteamérica para el estudio de esta afección, emitido y publicado en el año 2003 (JAMA. 2003:2560-72); desde su salida a la palestra científica este término ha suscitado numerosas y mantenidas controversias, criterios, consideraciones e interpretaciones. Pretendemos con este Editorial, además de exponer nuestro criterio al respecto, ofrecer algunas de las valoraciones e interpretaciones que se recogen en la literatura y que pueden servir de puntos de reflexiones y opiniones por los estudiosos de esta siempre interesante afección que nos ocupa, la hipertensión arterial.

La *prehipertensión* para el JNC se reserva para las personas que reiteradamente presentan cifras de presión arterial sistólica (PAS) de 120 a 139 mmHg y de 80 a 89 mmHg de presión arterial diastólica (PAD) o ambas; la categoría de *presión arterial normal* queda para los individuos con valores inferiores a estas cifras. Es decir, esta categoría reúne en uno solo los 2 escalones que en su VI reporte, de 1997 (Arch Intern Med. 1997;157:2413-46), habían sido establecidos como categorías previas al criterio definido de hipertensión arterial, o sea, la *presión normal* (120/80 a 129/84) y la *presión normal alta* (130/85 a 139/89).

Las preocupaciones por los nombres o denominaciones al rango de las presiones arteriales entre las cifras evidentemente o claramente normales y las que se consideran definitivamente como hipertensión, vienen exponiéndose desde las últimas décadas del pasado siglo, y así se han emitido términos como "hipertensión transitoria" e "hipertensión limítrofe o *borderline*".

En el mismo año 2003 se publicaron las guías elaboradas por la Sociedad Europea de Hipertensión (ESH) y la Sociedad Europea de Cardiología (ESC), que mantuvieron y aún en su edición del 2007, mantienen dichas categorías en la clasificación de la hipertensión arterial, para los estadios no clasificados como de *hipertensión* y que son similares a las que se consideraban en el VI Reporte de JNC, es decir 3 categorías antes de llegar a la hipertensión establecida y que son:

Presión arterial **óptima**: Valores de PAS menos de 120 y PAD menos de 80 mmHg

Presión arterial **normal**: Valores de PAS de 120 a 129 y PAD de 80 a 84 mmHg y

Presión arterial **normal alta**: Valores de PAS de 130 a 139 y PAD de 85 a 89 mmHg

Estas organizaciones, la SEH y la SEC, al igual que la Sociedad Británica de Hipertensión, no consideran la categoría de *prehipertensión*, mantienen las categorías de "óptima" y "normal" y consideran "la normal alta" como dentro de la valoración norteamericana del VII JNC de la *prehipertensión*. Esta última categoría, a mi juicio, es más abarcadora en sus cifras y se acerca mejor a los criterios que dieron origen a su propuesta, relacionada con las observaciones de los análisis evaluativos del Estudio de Framingan, que encontraron un incremento continuo del riesgo cardiovascular en los sujetos con presiones arteriales a partir de 115 mmHg de PAS y de 70 a 75 mmHg PAD.

Aquí surgen dudas, pues, la denominación o categoría de prehipertensión se ha propuesto a partir de 120 y 80 y no de 115 y 75 como señala la investigación de Framingan, para hacer validero su reconocimiento como "punto de corte" para prevenir los riesgos que esos valores de presión arterial conllevan.

No obstante, parecer ser que estas categorías en la clasificación del VII Reporte de JNC para los casos aún no considerados como hipertensos y que fueron adoptadas por nuestra Comisión Nacional Cubana Asesora del Programa de HTA, es más práctica y valiosa que las propuestas por las Sociedades Europeas, ya que lo óptimo en materia de presión arterial es la que se considera por todos como "normal", es decir menos de 120 mmHg de PAS y menos de 80 mmHg de PAD. Es más fácil para todo médico tener presente solo esas 2 categorías para pacientes o personas no hipertensas, normal y prehipertensas, y observar para los sujetos comprendidos en esta última, una especial atención y seguimiento.

Ya la prehipertensión ha llevado a grupos de investigadores a valorar su verdadero significado. Así, *Greenlund* y otros en su artículo "Prevalence of heart disease and stroke risk factors in persons with prehypertension in the United States" (Arch Intern Med. 2004; 213:8) reportan el análisis sobre 3 488 personas de 20 años o más a las que se les había medido su presión arterial entre los años de 1999 y 2000 para el *Nacional Health and Nutrition Survey* y el 39 % había resultado normotenso; el 31 %, prehipertenso y el 29 %, hipertenso. La *prehipertensión* fue más frecuente entre los hombres y entre los afroamericanos, pero fue menor en las personas de más edad a consecuencia de una mayor prevalencia en estas edades de la hipertensión. Las probabilidades de niveles altos de colesterol, de obesidad y sobrepeso y de diabetes mellitus, fueron superiores en los prehipertensos que en los normotensos no así el hábito de fumar. Los prehipertensos tuvieron 1,65 veces más, al menos un factor de riesgo cardiovascular, que los normotensos y esto fue de significación estadística ($p < 0,001$). Estos resultados reafirman la necesidad de identificar bien las personas con prehipertensión y ofrecerles las orientaciones y medidas terapéuticas pertinentes cuando sean necesarias.

También otro grupo de investigadores, presididos por *Steve Julius*, en su artículo original "Feasibility of treating prehypertension with an angiotensin-receptor blocker" (NEJM. 2006; 354: 1685-97), prueban la reducción del riesgo de la incidencia de hipertensión en sujetos catalogados como prehipertensos. En síntesis, estos investigadores trataron por 2 años con *candesartán* (un bloqueador de los receptores de la angiotensina) a un grupo de prehipertensos y a otro grupo aleatorizado, también prehipertensos, con *placebo*; a los 2 años todos siguieron solamente con *placebo*, por otros 2 años más. Durante los 2 primeros años, el desarrollo de hipertensión se produjo en el 40,4 % de los tratados con *placebo* y en

el 13,5 % de los tratados con *candesartán* (reducción del 66,3 % de riesgo relativo); a los 4 años, ya todos en tratamiento con placebo, en el grupo *candesartán* la reducción del riesgo relativo fue de un 15,6 % para una $p = 0,007$. Concluyen los investigadores que es factible el tratamiento de la prehipertensión con terapéutica oportuna.

Consideramos que a los sujetos clasificados como *prehipertensos* es necesario informarles acerca de su condición, no de enfermos, pero sí de personas en riesgo, cuyas cifras de presión arterial deben vigilar y tratar de llevar, con las recomendaciones facultativas de cambios en el estilo de vida, a la categoría de normal y así, quizás, no llegar nunca a desarrollar la enfermedad hipertensiva. En particular, en los que concomitan afecciones como la diabetes y la dislipoproteinemia o tienen otros factores de riesgo cardiovascular, es necesario tratar convenientemente estas condiciones tanto con las medidas no farmacológicas como con los otros medios terapéuticos disponibles. Queda por ver si futuras investigaciones aconsejan el inicio de medidas farmacológicas, para todos los "pacientes" catalogados como prehipertensos, para evitar en el mayor porcentaje posible de ellos, el desarrollo de la definida hipertensión arterial y sus consecuencias evolutivas.

Dr. *Manuel Delfín Pérez Caballero*. Especialista de II Grado en Medicina Interna.
Profesor Titular. Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras". E-mail:
delfinpc@infomed.sld.cu