

Importancia de la hipertensión de bata blanca y la hipertensión enmascarada

José L. Cangiano, MD, FACP, FAHA

Especialista en Hipertensión Clínica de AHA
Presidente, Sociedad de Nefrología de Puerto Rico
Profesor de Medicina, UPR



La presencia de hipertensión arterial en un adulto conlleva un riesgo a la salud según aumentan las cifras de presión a partir de valores de 115/75 mmHg. La variabilidad de la presión arterial es notable y los estudios clínicos señalan su asociación a eventos cardiovasculares. Por ello, medir la presión arterial en la oficina médica no es suficiente para determinar el riesgo cardiovascular y se enfatiza tomar la presión en el hogar o el medio ambiente del paciente como algo importante para su diagnóstico y tratamiento.

Desde este punto de vista, se ha propuesto –por consenso de varias sociedades científicas– una clasificación de hipertensión arterial basada en la variabilidad clínica. Por la alta variabilidad de la presión se ha considerado el desarrollo de métodos complementarios para medirla, no solo en la oficina médica sino también en ambulancia o en el hogar.

La definición de hipertensión es arbitraria y se acepta que comienza a partir de 140/90 mmHg. Sin embargo, hay condiciones como la hipertensión de bata blanca (HBB) y la hipertensión enmascarada (HE) que se

diagnostican midiendo la presión arterial en forma ambulatoria o en el hogar. Las cifras aceptadas son cuando la presión es mayor de 135/85 mmHg. En la Tabla 1 figuran las categorías de hipertensión de acuerdo a medidas obtenidas en la oficina médica, en actividad ambulatoria o en el hogar.

Hipertensión de bata blanca (HBB)

La HBB también se conoce como “hipertensión aislada” y se describe en pacientes con elevación de la presión arterial en el ámbito de la oficina médica y, por el contrario, con valores normales en el hogar o mediante monitoreo ambulatorio. Con el monitoreo se puede definir al paciente hipertenso y su riesgo cardiovascular. Al obtener la medida, se analizan los datos de presión arterial y la frecuencia cardíaca en los periodos diurno y nocturno, determinándose si el descenso de presión sistólica y diastólica es normal durante la noche (mayor o igual al 10%). De esta manera podemos clasificar a los pacientes en 2 grupos: individuos con valores menores de 135/85 mmHg, reconocidos como HBB y aquellos con valores mayores o iguales a 135/85 mmHg.

La prevalencia de HBB es variable de acuerdo a estudios reportados, oscilando entre el 9% al 53%, pero la cifra más razonable es del 20%. Los estudios sobre el compromiso de órganos diana, morbilidad y mortalidad por HBB han sido muy controversiales.

Algunos investigadores no han encontrado mayores deficiencias entre normotensos y pacientes con HBB en cuanto a hipertrofia ventricular, daño renal o apoplejía. Pero otros investigadores no consideran que la HBB sea benigna y han reportado mayores índices de riesgo cardiovascular. Es evidente que, en base a estos hallazgos

Tabla 1: Categorías de hipertensión de acuerdo a medidas en oficina o ambulatorias (hogar)

Cat. 1	Normotenso en oficina y ambulatorio <140/90 <135/85
Cat. 2	Hipertenso en oficina y ambulatorio >140/90 >135/85
Cat. 3	Hipertensión en oficina, normotensión ambulatoria (HBB)
Cat. 4	Normotensión en oficina, hipertensión ambulatoria (HE)

conflictivos, se requieren estudios prospectivos en un gran número de pacientes con HBB para determinar su impacto cardiovascular. Además, se deben considerar otros riesgos que afectan la morbimortalidad como, por ejemplo, la diabetes, la obesidad y el consumo de alcohol y cigarrillos.

Habiendo estas dudas e interrogantes no debemos aceptar que la HBB sea inocua; su vigilancia es importante ya que en un futuro se podría establecer como una condición francamente hipertensa.

Considerando esta posibilidad, la mayoría de los estudios recomiendan cambios en los estilos de vida, como evitar el consumo alto de alcohol y sal, reducir el peso y evitar fumar cigarrillos.

Hipertensión enmascarada (HE)

La HE se refiere a pacientes que presentan medidas normales de presión arterial en la oficina médica (por debajo de 140/90 mmHg) pero demuestran aumento de la presión arterial al medirla el hogar o con monitoreo ambulatorio. Hay muchas publicaciones sobre esta condición pero aún no hay consenso sobre la toma de presión de la población que se estudia (sea joven o de edad avanzada), los métodos que se aplican, la reproducibilidad y el daño vascular asociados a esta condición.

La prevalencia de HE varía entre el 8% y el 48%. En un subgrupo de 649 sujetos que inicialmente estaban normotensos con ambos métodos, un 11% desarrolló HE después de un seguimiento de 8 años en Japón. En niños, la prevalencia ha sido reportada en un 8%; en pacientes hipertensos tratados, ha sido de un 10%. Estudios realizados desde 1999 han demostrado que pacientes de HE demuestran hipertrofia ventricular izquierda y engrosamiento de la pared carotídea al comparar con normotensos.

Los principales factores de riesgo para la HE son: varones, fumadores, índice corporal aumentado y estrés. No sabemos, sin embargo, si la HE es una entidad clínica que surge de un fenómeno estadístico asociado a la variabilidad de la presión arterial.

Recientemente, estudios aleatorios y controlados por placebo en HE determinaron riesgos cardiovasculares

y renales a largo plazo. Cuando se presenta con daño de órganos diana es posible que debamos intensificar el tratamiento con cuidado extremo evitando provocar niveles de presión arterial muy bajos (menos de 110 mmHg sistólica y de 60 mmHg diastólica) que se han asociado a una alta mortalidad cardiovascular, en especial en pacientes añosos o con enfermedad renal.

Persiste la interrogante de cómo identificar y tratar la HE. El uso de monitoreo ambulatorio en forma universal resulta muy costoso y no es recomendable; así, se han establecido indicaciones para monitoreo ambulatorio que son recomendables y prácticas (Tabla 2)

Tabla 2: Indicaciones para monitoreo ambulatorio

- Evaluación para establecer disparidad de presión arterial en clínica y ambulatoria;
- Hipertensión en episodios;
- Hipotensión ambulatoria;
- Discrepancia entre cifras de presión y afectación de órganos diana;
- Valoración de cronoterapia en pacientes tratados; y
- Sospecha de HBB o HE.

Conclusión

Es evidente que hay condiciones de posible riesgo cardiovascular que no se identifican con las medidas clínicas usuales en la oficina del médico. Debemos recalcar a nuestros pacientes la necesidad de seguir de cerca su presión arterial para tener un control adecuado y poder identificar la HBB y la HE. La variabilidad de la presión arterial es un factor de alta importancia y está asociada a riesgo cardiovascular.

La identificación de otros factores de riesgo es de igual importancia, en especial cuando están afectados órganos diana y se requiere una intervención terapéutica de acuerdo a la necesidad del paciente. Es necesario prestar atención a la identificación de estas condiciones que pueden pasar desapercibidas en nuestra práctica médica. 

Referencias

1. Floras JS. Can J Cardiol 2013; 29:557.
2. Mancia G. J.Hypert 1995,13:1397.
3. Ugajin T Arch Intern Med 2005, 165:1541.
4. Bobrie G. J Hypert 2008, 26:1715.