

La reproducibilidad del diagnóstico de hipertensión clínica aislada

Antecedentes. La hipertensión clínica aislada (HCA) se caracteriza por una presión arterial (PA) persistentemente elevada en la clínica, con buen control tensional durante el período diurno o de 24 horas por monitorización ambulatoria de PA (MAPA). Esta definición se basa en un único registro de MAPA. Se ha dedicado poca atención a la reproducibilidad de esta condición. El objetivo del estudio fue investigar la fiabilidad de los criterios actualmente propuestos por las guías de práctica clínica para diagnosticar HCA basados en la realización de una sola MAPA.

Métodos. A un total de 611 hipertensos en estadios 1 y 2 que nunca habían recibido tratamiento farmacológico, con una media de 46 ± 12 años, derivados por primera vez a una unidad de hipertensión, se les determinó repetidas veces la PA en la consulta, se practicaron análisis de protocolo, ecocardiografía, microalbuminuria, ecografía de carótidas y se les realizaron dos MAPA de 24 horas separadas entre sí de 1 a 4 semanas. Las MAPA se indicaron siempre en día laborable y se recomendó realizar el mismo tipo de actividades durante los dos períodos. Se definió HCA según los siguientes criterios: a) valor medio tensional diurno $< 135/85$ mmHg, o b) media tensional de 24 horas $< 125/80$ mmHg durante la primera MAPA.

Resultados. La prevalencia global de HCA fue de 7,1% según el criterio a y de 5,4% según el criterio b. Veinte (46,6%) de los 43 pacientes con valores medios de PA diurna $< 135/85$ mmHg en la primera MAPA sobrepasaron este valor en la segunda MAPA. Un total de 22 (66,6%) de 33 pacientes con una media tensional de 24 horas $< 125/80$ mmHg durante la primera MAPA presentaron mal control tensional en la segunda MAPA. Las complicaciones cardiovasculares eran significativamente menores en los pacientes con medias tensionales persistentemente normales comparados con aquellos con criterios no reproducibles de HCA o con hipertensión sostenida.

Conclusiones. Estos resultados indican que: a) la clasificación de HCA tomando como base una única MAPA, utilizando los puntos de corte sugeridos en la mayoría de guías, tiene una reproducibilidad limitada, y b) se deberían recomendar varios registros de MAPA para diagnosticar

correctamente a los pacientes con HCA y mejorar la estratificación del riesgo cardiovascular.

Cuspidi C, Meani S, Sala C, Valerio C, Fusi V, Zanchetti A, et al. How reliable is isolated clinical hypertension defined by a single 24-h ambulatory blood pressure monitoring? *J Hypertens.* 2007;25:315-20.

Comentario

La prevalencia de la HCA varía entre el 20% y el 30%, en función de los criterios utilizados en los distintos estudios publicados hasta la fecha. En el trabajo de Cuspidi et al se describe una prevalencia del 5%-7%, significativamente inferior a lo esperado. Los propios autores justifican este hecho como un posible sesgo de selección. Se incluyeron pacientes derivados a una unidad de hipertensión, relativamente jóvenes, poco obesos y sin complicaciones cardiovasculares, que previamente habían sido extensamente evaluados por sus médicos de cabecera. Cuspidi et al demuestran los problemas de reproducibilidad que puede tener la MAPA para diagnosticar HCA. También ha sido descrita la baja reproducibilidad de la MAPA para clasificar a los hipertensos según su perfil circadiano, es decir, según si presentan un patrón *dipper* o *no-dipper*. La reproducibilidad podría mejorarse repitiendo los registros en días distintos o, tal como demuestran Hermida et al en un original de febrero de este año en la *Revista Española de Cardiología*, realizando MAPA de 48 horas. El problema es que ambas opciones son de difícil aplicación, tanto por aspectos logísticos (se precisa mayor número de equipos de MAPA por consulta) como por aspectos más clínicos (menores facilidades de seguimiento de pacientes que optan por no repetir la exploración por ser ésta más molesta).

Vista la baja reproducibilidad del diagnóstico de HCA por MAPA es posible que haya que revisar los datos de algunos de los estudios que han descrito el porcentaje de evolución de HCA a hipertensión sostenida, así como la información disponible sobre riesgo vascular e HCA. No existe acuerdo unánime sobre el perfil de riesgo de los pacientes con HCA, que parece ser intermedio entre el de la normotensión y el de la hipertensión establecida. Sin embargo, si ya teníamos dudas sobre el pronóstico de la HCA a largo plazo, ahora éstas podrían ser aún mayores si se confirmaran las limitaciones diagnósticas descritas en el estudio de Cuspidi et al. Por

otro lado, según los datos del *Cardiorisc* en España, la capacidad clínica para predecir HCA es reducida, dadas las características de las variables asociadas y las bajas sensibilidad y especificidad ante su sospecha. No parece fácil encontrar un buen modelo predictor del fenómeno de bata blanca. Sin embargo, estos resultados podrían variar si se hubiera podido disponer de un patrón oro de HCA basado en más de una MAPA o en MAPA de 48 horas.

En resumen, dado el impacto que puede representar este hallazgo necesitamos más estudios que avalen estos resultados. También sería interesante conocer si el diagnóstico de HCA es más reproducible por automedida domiciliaria de varios días que por MAPA. Se abre un interesante nuevo campo de investigación.

E. Vinyoles

Ajo y perfil lipídico

Antecedentes. El ajo se ha propuesto ampliamente como agente reductor del colesterol; sin embargo, los estudios sobre su eficacia han obtenido resultados contradictorios. Las formulaciones de suplementos de ajo se diferencian en biodisponibilidad del ajo crudo. Se evalúa el efecto del ajo crudo y de dos suplementos comercializados de ajo sobre las concentraciones de colesterol en adultos con hipercolesterolemia moderada.

Métodos. Ensayo clínico aleatorizado, paralelo, abierto, que incluyó a 192 adultos entre 30 y 65 años con concentraciones de colesterol ligado a lipoproteínas de baja densidad (LDL) entre 130 y 190 mg/dl, con triglicéridos <250 mg/dl e índice de masa corporal inferior a 30 kg/m². Se excluyó a fumadores, a diabéticos, a pacientes con enfermedad vascular asociada o a pacientes en tratamiento farmacológico antihipertensivo o para la dislipidemia. Se asignaron aleatoriamente a uno de los cuatro brazos siguientes de tratamiento: ajo crudo, suplemento de ajo en polvo, suplemento de extracto de ajo madurado o placebo. Las dosis del producto del ajo, equivalentes a un diente de ajo de tamaño medio, se consumieron 6 días/semana durante 6 meses en 12 variedades de bocadillos comunes a las cuatro ramas. La variable principal del estudio fueron los cambios en la concentración de colesterol LDL. Las concentraciones plasmáticas de lípidos en ayunas se determinaron mensualmente a lo largo del estudio.

Resultados. El seguimiento fue del 87% al 90% de los pacientes incluidos en las cuatro ramas. No se detectaron cambios estadísticamente significativos en las concentraciones de colesterol LDL en ninguna de las tres formas de tratamiento con ajo. Los cambios medios (desviación estándar [DE]) en las concentraciones de colesterol

LDL eran a los 6 meses: +0,4 (19,3) mg/dl (+0,01 [0,50] mmol/l), +3,2 (17,2) mg/dl (+0,08 [0,44] mmol/l), +0,2 (17,8) mg/dl (+0,005 [0,46] mmol/l) y -3,9 (16,5) mg/dl (-0,10 [0,43] mmol/l) para el ajo crudo, el suplemento en polvo, el suplemento madurado del extracto y el placebo, respectivamente. No había efectos estadísticamente significativos sobre los niveles de colesterol ligado a lipoproteínas de alta densidad (HDL), triglicéridos o el cociente colesterol total/colesterol LDL.

Conclusiones. Ninguna de las formas de ajo usadas en este estudio, incluyendo el ajo crudo, cuando se administra a una dosis aproximada de un diente de 4 g por día, 6 días a la semana durante 6 meses, tenía efectos significativos desde el punto de vista estadístico o clínico sobre el colesterol LDL o sobre el perfil lipídico en general en adultos con hipercolesterolemia moderada.

Gardner CD, Lawson LD, Block E, Chatterjee LM, Kiazand A, Balise RS, et al. Effect of raw garlic vs commercial garlic supplements on plasma lipid concentrations in adults with moderate hypercholesterolemia. A randomized clinical trial. *Arch Intern Med.* 2007;167:346-53.

Comentario

Una intervención dietética basada en la reducción de la ingesta de grasas saturadas, en el aumento del consumo de fibra y en la mejora del balance energético puede mejorar el perfil lipídico del paciente. La mayor parte de dietas se basan en la restricción de la ingesta de colesterol. Sin embargo, ¿pueden los suplementos de algún alimento en concreto disminuir el colesterol total?

Existe la creencia, desde hace mucho tiempo, de que el ajo puede bajar los niveles séricos de colesterol. Se han publicado varios estudios sobre este aspecto. Sin embargo, los resultados han sido contradictorios. En una revisión sistemática de todo lo publicado hasta 2001 sobre el consumo de ajo y factores de riesgo cardiovascular se llegaba a la conclusión de que conseguía reducciones significativas del colesterol sérico a muy corto plazo, aunque eran clínicamente no relevantes y no se mantenían a 6 meses vista. En la misma revisión se demostraba que el ajo tenía efectos inapreciables sobre la presión arterial y ninguno sobre la glucemia, aunque parecía que sí contaba con un cierto efecto antitrombótico. Curiosamente también se referían efectos adversos: desde el conocido mal olor en el aliento y el sudor, hasta flatulencia, dolor abdominal, y alguna reacción alérgica y hemorrágica.

El ensayo clínico que presentamos es el más recientemente publicado sobre el tema. El mismo grupo de Gardner et al había publicado en el 2001 un ensayo clínico que no demostró cam-