

# Hipertensión diastólica aislada: ¿fenotipo o entelequia?



## Marcelo Orias, MD PhD

- Médico Nefrólogo. Profesor Asociado Yale University. USA
- Vice Presidente de la World Hypertension League (WHL)
- Chair, Renal Sister Center Program. International Society of Nephrology (ISN)
- Coordinador Grupo HTN, de la Sociedad Latinoamericana de Nefrología e Hipertensión (SLANH)

Que los fenotipos en hipertensión son sumamente importantes ya nadie lo discute, y desde hace mucho tiempo, una de las formas de dividir a los pacientes en subgrupos más homogéneos en pos de entender su fisiopatología, ha sido tener en cuenta cuál de las presiones está elevada. Hipertensión sistólica aislada hipertensión diastólica aislada (HDA), e hipertensión sisto-diastólica han sido parte del vocabulario cotidiano en el mundo de la hipertensión.

Los hipertensos diastólicos aislados tienen la presión diastólica elevada y la presión sistólica normal. El problema que ha surgido recientemente es que las distintas guías de hipertensión definen hipertensión de modo diferente. En Estados Unidos un paciente con 128/88 mmHg es un diastólico aislado, mientras que en Europa es un normotenso. Y un paciente con 132/96 mmHg es un sisto-diastólico en Estados Unidos y diastólico aislado en Europa. Estas diferentes definiciones han traído a colación problemas en la interpretación de la literatura de los pacientes con HDA. En la actualidad se debería aclarar si uno se está refiriendo a la definición de <130/>80 mmHg (ACC/AHA) o a la de <140/>90 mmHg (ESH/ESC). Además, hay que puntualizar que los pacientes con hipertensión diastólica en general son jóvenes y que los límites de presión arterial entre hipertensos y normotensos (y por ende entre diastólicos, sistólicos y sisto-diastólicos) son arbitrarios y generados por la interpretación de estudios realizados en pacientes de más de 50-55 años.

Obviamente se entiende que si se utiliza la definición de <130/>80 mmHg para HDA, estos pacientes tienen menor riesgo cardiovascular que aquellos con la definición de presión más alta. Otro fenómeno estrechamente ligado a la definición de hipertensión es que ha aumentado la prevalencia de pacientes con HDA si se utiliza la definición ACC-AHA. Un estudio reciente demostró que la prevalencia de HDA aumentó del 1.3% a 6.5%.

Asimismo, otro estudio de China mostró un incremento de pacientes no medicados de 7.79% a 24.72%, y otro de Brasil en una población no medicada del 3.9% al 34.1%. En la encuesta KNHANES IV-VII en Corea del Sur se documentó un aumento de HDA del 5.2% a 17.9% .

La confusión creada por las distintas definiciones de HDA ha generado un momento propicio para repensar si este fenotipo es el adecuado. Quizás la manera correcta de “fenotipear”, sea la que tiene en cuenta la presión de pulso del paciente. Si se considera a la presión de pulso normal de 50 mmHg, entonces aquellos pacientes con menos de 45 mmHg se denominan hipertensos con presión de pulso estrecha o predominantemente diastólico. Esta definición abarcaría a pacientes con HDA y a sisto-diastólicos con presión de pulso estrecho actuales. La otra ventaja de subdividir a los hipertensos de esta manera es que el grupo de pacientes siempre será el mismo y no estará sujeta a la aparición de nuevos estudios cuya interpretación condicione los límites actuales de hipertensión arterial. Dicho de otra manera un paciente con 128/88 mmHg tendrá su presión de pulso invariable durante muchos años y será considerada hipertenso o no según el país o en la región que viva, igual que ahora, pero no cambiaría de diastólico aislado a sisto-diastólico por el solo hecho de vivir en distintas regiones del mundo. Esta propuesta tendría varias ventajas: permitiría seguir a estos pacientes en el tiempo y determinar si este fenotipo tiene diferencias (en relación con los de presión del pulso normal o amplia) con respecto a la fisiopatología y daño de órgano blanco. Además, con seguimientos más prolongados (evitando que estos pacientes sean reclassificados cómo sisto-diastólicos tempranamente) permitiría ver cuál es el momento propicio para tratarlos con medicamentos antihipertensivos.

En síntesis, creo que el fenotipo HDA ha servido como una manera fácil de subdividir pacientes hipertensos en busca de semejanzas en etiología y fisiopatología.

Lamentablemente no se han encontrado características clínicamente importantes que justifiquen una relevancia importante en el mundo de la hipertensión. Además, en los últimos años este fenotipo se ha visto desdibujado e involucra a distintas poblaciones de pacientes en distintas partes del mundo lo cual dificulta el perseguir características generales de etiología y fisiopatología. Nosotros hemos propuesto desde hace tiempo ya que un fenotipo clínicamente más útil sería el de pacientes predominantemente diastólicos o con hipertensión de presión de pulso estrecho.

Además, otra ventaja importante sería la de mantener dentro de un mismo fenotipo a pacientes con predominio de la presión diastólica elevada. Como es bien sabido los pacientes jóvenes tienen una mayor correlación de eventos cardiovasculares con la presión diastólica, y como en el fenotipo de hipertensos sisto-diastólicos hay pacientes con presiones de pulso normal o elevada, se pierde de vista el hecho de que estos pacientes con predominancia diastólica seguramente tienen más riesgo que el resto de los sisto-diastólicos.

A pesar de ser un fenotipo conocido desde hace mucho tiempo los hipertensos diastólicos aislados no han arrojado resultados contundentes en cuanto al conocimiento de su etiología y fisiopatología. Y mucho menos directrices en cuanto al mejor momento de intervenir farmacológicamente en su evolución clínica. Por ende, por todo lo anteriormente expresado, quizás denominarlo como entelequia sea demasiado, pero creo que es un fenotipo hoy confuso y poco definido que no ha cumplido su propósito como tal. Mucho más futuro tiene dividir a los hipertensos según su presión de pulso.

## Lectura recomendada:

Whelton PK, Carey RM, Aronow WS, Casey DE, Jr., Collins KJ, Dennison Himmelfarb C, et al. 2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA Guideline for the Prevention, Detection, Evaluation, and Management of High Blood Pressure in Adults: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines. *Hypertension*. 2018;71(6):e13-e115.

Williams B, Mancia G, Spiering W, Agabiti Rosei E, Azizi M, Burnier M, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. *Eur Heart J*. 2018;39(33):3021-104.

McEvoy JW, Daya N, Rahman F, Hoogeveen RC, Blumenthal RS, Shah AM, et al. Association of Isolated Diastolic Hypertension as Defined by the 2017 ACC/AHA Blood Pressure Guideline With Incident Cardiovascular Outcomes. *JAMA*. 2020;323(4):329-38.

Cesena FHY, Nary FC, Santos RD, Bittencourt MS. The contribution of the systolic and diastolic components for the diagnosis of arterial hypertension under the 2017 ACC/AHA Guideline and metabolic heterogeneity among individuals with Stage 1 hypertension. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2020;22(7):1192-9.

Cho SMJ, Lee H, Kim HC. Differences in prevalence of hypertension subtypes according to the 2018 Korean Society of Hypertension and 2017 American College of Cardiology/American Heart Association guidelines: The Korean National Health and Nutrition Examination Survey, 2007-2017 (KNHANES IV-VII). *Clin Hypertens*. 2019; 25:26.

Orias M, Tabares AH, Peixoto AJ. Hypothesis: it is time to reconsider phenotypes in hypertension. *J Clin Hypertens (Greenwich)*. 2010;12(5):350-6.

Romero C, Tabares AH, Orias M. Is Isolated Diastolic Hypertension an Important Phenotype?. *Current Cardiology Reports (2021)* 23:177.

