

Medicentro 2012;16(1)

HOSPITAL UNIVERSITARIO
 “DR. CELESTINO HERNÁNDEZ ROBAU”
 SANTA CLARA, VILLA CLARA

CARTA AL EDITOR

NECESIDAD DE LA PREDICCIÓN DEL RIESGO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL DESDE LA NIÑEZ

Por:

Dr. MSc. Guillermo Alberto Pérez Fernández

Especialista de I y II Grados en Cardiología. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Profesor Auxiliar. Máster en Urgencias Médicas. Hospital Universitario “Dr. Celestino Hernández Robau”. Santa Clara, Villa Clara. Investigador Agregado. Aspirante a Doctor en Ciencias Médicas. UCM-VC. e-mail: gpf@hchr.vcl.sld.cu

Descriptores DeCS:

PREDICCIÓN
 HIPERTENSIÓN
 NIÑO
 FACTORES DE RIESGO

Subject headings:

FORECASTING
 HYPERTENSION
 CHILD
 RISK FACTORS

Señor Editor:

Pocos tópicos han recibido tanta atención en la literatura cardiovascular en los últimos cinco años como la predicción del riesgo cardiovascular. La evaluación del riesgo ha sido un elemento clave para definir factores de riesgo para la enfermedad cardiovascular (ECV), en aras de identificar nuevos marcadores de riesgo e implementar terapias más efectivas en la prevención primaria y secundaria de dicha enfermedad. Con la publicación del Tercer Panel del Reporte Nacional del Programa de Educación del Colesterol (ATP-III) en el año 2001¹ y guías similares^{2,3}, la predicción del riesgo cardiovascular se adjudicó un papel fundamental en el campo de la prevención cardiovascular. Desde ese entonces, numerosos intentos se han realizado para refinar y mejorar dichos métodos de predicción.

Aunque las ecuaciones de predicción derivadas del Estudio de Framingham han sido las más usadas durante años^{4,5}, se han desarrollado otros modelos predictivos dentro de la epidemiología cardiovascular actual como: el Estimador del Riesgo del ATP-III¹, el Algoritmo Europeo del Evaluación del Riesgo Coronario (SCORE por sus siglas en inglés)⁶, el Modelo Cardiovascular Prospectivo de Munster (PROCAM, por sus siglas en inglés)⁷, entre otros.

Los citados modelos de predicción exponen el rumbo de lo que está acometiendo la comunidad médica mundial en el ámbito de la cardiología preventiva, sobre todo en adultos, y se centran en la predicción del riesgo cardiovascular de una forma global.

Teniendo en cuenta uno de los objetivos del presente artículo, el autor realiza la siguiente interrogante: ¿Qué ocurre en las primeras etapas de la vida con la predicción del riesgo de hipertensión arterial (HTA)?

En la amplia revisión realizada sobre el tema, no se encontró evidencia de intentos anteriores de pronosticar la HTA en la adultez tomando como referencia estados de presión arterial (PA)

83

anormales en la adolescencia; y teniendo en cuenta lo anterior, se considera necesario exponer que se realizó una búsqueda exhaustiva en la Base de Datos Americana Medline, donde el número de artículos encontrados en la literatura acerca del desarrollo de un modelo de predicción para establecer un pronóstico de HTA en la adultez, a partir de variables epidemiológicas registradas en la etapa de la adolescencia, es nulo.

Por tanto, no existe una “herramienta” de este tipo informada hasta el momento, según la literatura consultada, que incluya publicaciones rectoras del tema a nivel mundial, como el Cuarto Reporte Norteamericano para el Diagnóstico y Tratamiento de la HTA en Niños y Adolescentes⁸ y las Guías Europeas para el Diagnóstico y Tratamiento de la HTA en niños y adolescentes, publicadas a mediados del año 2009⁹.

Sin embargo, la predicción del riesgo cardiovascular desde la pubescencia constituye un tema medular en la epidemiología cardiovascular, ya que es en esta precoz etapa donde la toma de decisiones basada en modelos de predicción acerca del riesgo cardiovascular, independientemente del método estadístico empleado, debería ser lo esencial; y en el caso de la HTA estaría plenamente justificado, por su doble condición de ECV *per se* y factor de riesgo cardiovascular, máxime cuando entre los disímiles daños que produce esta enfermedad, incluso desde tempranas edades de la vida, se ha sumado otro recientemente, publicado en la prestigiosa revista médica *Pediatrics* a finales del 2010: consiste en la identificación de alteraciones de la atención y problemas de aprendizaje entre niños y adolescentes con HTA esencial, incluso ligera¹⁰. Por ello, se considera necesario hacer un llamado de atención a la comunidad médica para ir a las raíces del problema, es decir, a las primeras etapas de la vida, donde se halla la génesis de la HTA^{8,9} y, por ende, este resultaría el mejor lugar para encontrar los predictores de riesgo para su desarrollo ulterior en la vida. Identificando estos, estaríamos indirectamente estimando qué pasaría con otras temidas ECV como la diabetes mellitus, la enfermedad cerebrovascular, la cardiopatía isquémica, entre otras⁹.

Es por ello, y sobre la base de lo anterior, que la búsqueda por parte de la comunidad médica de modelos de predicción en la adultez para pronosticar mortalidad por ECV, como los referidos anteriormente, podría sugerir la omisión involuntaria de la genuina y necesaria percepción del riesgo cardiovascular desde la niñez y la adolescencia, para el establecimiento de una predicción de HTA en la adultez, sin la cual, según entiende el autor, será difícil detener el sostenido y dañino avance que ha presentado la ECV durante los últimos años. Quizá esta sea la pieza que le falte al verdadero “rompecabezas” que representa el desarrollo de una estrategia de salud a largo plazo contra el difícil reto, no alcanzado todavía, de contener la HTA y sus muchas veces letales consecuencias.

Referencias bibliográficas

1. Cortez-Dias N, Martins S, Belo A, Fiuza M. Prevalence, management and control of diabetes mellitus and associated risk factors in primary health care in Portugal. *Rev Port Cardiol.* 2010;29:509-37.
2. McPherson R, Frohlich J, Fodor G, Genest J. Canadian Cardiovascular Society position statement: recommendations for the diagnosis and treatment of dyslipidemia and prevention of cardiovascular disease. *Can J Cardiol.* 2006;22:913-27.
3. Taylor A, Dal Grande E, Gill T, Pickering S, Grant J, Adams R, *et al.* Comparing self-reported and measured high blood pressure and high cholesterol status using data from a large representative cohort study. *Aust N Z J Public Health* 2010;34:394-400.
4. D'Agostino RB, Grundy SM, Sullivan LM, Wilson P. For the CHD Risk Prediction Group. Validation of the Framingham coronary heart disease prediction scores: results of a multiple ethnic groups investigation. *JAMA.* 2001;286:180-7.
5. D'Agostino RB, Vasan RS, Pencina MJ, Wolf PA, Cobain M, Massaro JM, *et al.* General cardiovascular risk profile for use in primary care: the Framingham Heart Study. *Circulation.* 2008;117:743-53.
6. Chin CY, Pengal S. Cardiovascular disease risk in a semirural community in Malaysia. *Asia Pac J Public Health.* 2009;21:410-20.

7. Hippisley-Cox J, Coupland C, Vinogradova Y, Robson J, May M, Brindle P. Derivation and validation of QRISK, a new cardiovascular disease risk score for the United Kingdom: prospective open cohort study. *BMJ*. 2007;335:136-47.
8. Aglony M, Acevedo M, Ambrosio G. Hypertension in adolescents. *Expert Rev Cardiovasc Ther*. 2009;7:1595-1603.
9. Lurbe E, Cifkova R, Cruickshank K, Dillon MJ, Ferreira I, Invitti C, *et al*. Management of high blood pressure in children and adolescents: recommendations of the European Society of Hypertension. *J Hypertens*. 2009;27:1719-42.
10. Adams HR, Szilagyi PG, Gebhardt L, Lande MB. Learning and attention problems among children with pediatric primary hypertension. *Pediatrics*. 2010;126(6):425-9.

Recibido: 7 de marzo de 2011

Aprobado: 30 de mayo de 2011