

En esta oportunidad el Dr. Gustavo Staffieri, Médico Cardiólogo, Magister en Hipertensión arterial y Mecánica Vasculas, ex presidente de la Asociación de Hipertensión Arterial de Rosario y ex presidente del Comité de Hipertensión y Factores de Riesgo de la Sociedad de Cardiología de Rosario, nos responde algunas preguntas respecto a la hipertensión arterial en pacientes jóvenes.



**@cardiorosario** ¿Cuán frecuentes son las consultas por hipertensión arterial (HTA) de pacientes jóvenes?



**@gustavostaffieri** En la práctica habitual tenemos frecuentemente consultas por HTA en pacientes jóvenes. Tenemos que recordar que en nuestro país el 46,6% de la población adulta es hipertensa y la prevalencia de presión arterial elevada en la población de 18 a 24 años es del 20.4% y del 24.9% en personas entre 25 a 34 años.<sup>1,2</sup>



**@cardiorosario** ¿Solicita algún estudio en esta población para confirmar si es el paciente es hipertenso o no? ¿Cuál y por qué?



**@gustavostaffieri** El diagnóstico de HTA se ha realizado tradicionalmente en base a la medición de presión arterial en el consultorio (PAC). La PAC tiene numerosas limitaciones (fenómeno de guardapolvo blanco y bajo número de tomas). Por lo tanto, es difícil pensar que mediante una escasa cantidad de mediciones (idealmente 2 o 3 por visita) se reflejen los valores habituales de PA que un sujeto ha tenido en el período prolongado inter-visita (1 mes o más). La PAC no permite conocer el estado de la PA durante las actividades habituales en el hogar o en el trabajo, durante los períodos de sueño nocturno, o la siesta. Si consideramos solamente la PAC podría generar conductas terapéuticas inadecuadas. Es por eso que, si tenemos disponibilidad, es importante la utilización de mediciones de la presión arterial fuera del consultorio.<sup>2</sup>



**@cardiorosario** ¿Cuándo consideras necesaria la realización de medición de PAo central?



**@gustavostaffieri** En pacientes jóvenes (sujetos altos, deportistas y no fumadores) que presentan cifras de hipertensión arterial sistólica aislada (HSA) debemos sospechar que podemos estar frente a un hipertenso espurio. Debemos identificar a estos pacientes ya que no siempre debemos iniciar tratamiento.



**@cardiorosario** ¿Qué es la hipertensión espuria?



**@gustavostaffieri** La elasticidad en los grandes vasos es relevante en los jóvenes y causa que la presión arterial sistólica (PAS) sea considerablemente más alta en las arterias de los miembros superiores (MS) que en la aorta. En jóvenes la aorta distensible amplifica la PAS hacia el MS y la reflexión retrasada y produce el fenómeno denominado HSA espuria, generalmente considerado inocente.<sup>3</sup> Es decir, paciente con presión sistólica braquial alta y presión aórtica central normal. Esto se puede explicar por un pico sistólico temprano exagerado y una baja reflexión debido a arterias elásticas.<sup>4</sup> Hay evidencia que soporta no iniciar tratamiento antihipertensivo en jóvenes con HSA sin lesión de órgano blanco (LOB).



**@cardiorosario** ¿Qué laboratorio realizas para descartar HTA secundaria?



**@gustavostaffieri** En la mayoría de los casos estamos frente a HTA esencial, la prevalencia de HTA secundaria varía entre el 5% al 15% de los hipertensos. Debido a estas prevalencias, detectar la HTA secundaria en todos los pacientes hipertensos no es factible ni rentable. Es importante un alto índice de sospecha y detección temprana de causas secundarias de HTA porque las intervenciones pueden ser curativas, en especial, en pacientes jóvenes. No hay una única determinación de laboratorio que utilizaremos para estudiar a nuestros pacientes. Buscar HTA secundaria en pacientes que tengan valores de PA en nivel 2, o que presentan un daño orgánico que afecta varios territorios (corazón, riñón o retina) descartando previamente la presencia de HTA guardapolvo blanco o secundaria a fármacos.



**@cardiorosario** ¿Siempre pedís algún estudio por imágenes o lo aplicas según el caso?



**@gustavostaffieri** No es necesario en todos los pacientes se solicitar estudios de imágenes. Cuando los datos previamente mencionados no ofrecen pistas, se debe comenzar con una exploración minuciosa del paciente. Además, debe solicitarse una ecografía abdominal, con especial énfasis en posibles anomalías renales, así como un perfil de aldosterona/renina plasmática, que permitirá orientar hacia causas de HTA.<sup>5</sup>



**@cardiorosario** ¿Todos los pacientes hipertensos jóvenes presentan el mismo patrón hemodinámico?



**@gustavostaffieri** No todos los pacientes jóvenes presentan el mismo patrón hemodinámico. El fenotipo bien reconocido en jóvenes y adultos de mediana edad se atribuye típicamente al aumento resistencia vascular sistémica pero en algunos pacientes jóvenes hipertensos comienzan como hiperdinámicos y más tarde desarrollar un aumento de las resistencias periféricas como el mecanismo principal de la hipertensión.<sup>6</sup>



**@cardiorosario** ¿Cuándo consideras útil la cardiografía por impedancia?



**@gustavostaffieri** La cardiografía por impedancia consiste en una técnica sencilla, no invasiva y que estima el gasto cardíaco y las resistencias periféricas principalmente. Ha sido validada por hemodinamia invasiva, es precisa y reproducible. Su realización resulta simple, provee información sobre la situación hemodinámica del paciente y puede ser de utilidad en el ajuste del tratamiento, acorde con la fisiopatología de la enfermedad. La utilizamos principalmente en paciente con HTA de difícil manejo.



**@cardiorosario** En caso de hacer un diagnóstico de HSA, ¿con qué drogas inicias el tratamiento?



**@gustavostaffieri** Algunos de los sujetos presentaron un IC elevado, sin embargo, un 20% de los sujetos pueden presentar un volumen sistólico normal, pero aumento de la VOP. La HSA en adultos jóvenes es una condición heterogénea, que involucra elevaciones del volumen sistólico o rigidez aórtica y, en algunos individuos, alteraciones de ambos. En pacientes jóvenes que hemos descartado HTA espuria y debemos iniciar tratamiento farmacológico (previo inicio de medidas no farmacológicas) y si presenta un patrón de hiperdinamia, los B bloqueantes son de mucha utilidad en este grupo.<sup>7</sup>



**@cardiorosario** ¿Y en el hipertenso sistodiastólico?



**@gustavostaffieri** Al igual que en el caso anterior los valores obtenidos en consultorio engloban un grupo muy heterogéneo de pacientes con distintos mecanismos fisiopatológicos. Es por eso que no nos podemos basar únicamente en estos datos para la elección del tratamiento antihipertensivo. La presión arterial en consultorio no muestra la alteración hemodinámica subyacente. La misma puede normalizarse y aun así la hemodinamia permanece alterada. Una escasa desviación de la PA (10-15%) en relación con la PA normal, puede coexistir en algunos pacientes con una anomalía hemodinámica grave (una reducción del cociente IC/IRVS del orden del 50 al 100% de lo normal).

<sup>1</sup> 4° ENCUESTA NACIONAL DE FACTORES DE RIESGO Dirección Nacional de Promoción de la Salud y Control de Enfermedades Crónicas No Transmisibles

<sup>2</sup> Mediciones ambulatorias de la presión arterial- Grupo de Trabajo de Mediciones Ambulatorias de Presión Arterial y Telemedicina- Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial

<sup>3</sup> Managing hypertension in children and adolescents. Michael O'Rourke et al. Journal of Hypertension 2017; 35:417-418

<sup>4</sup> Spurious Systolic Hypertension of Youth: Fit young men with elastic arteries. A. Journal of Hypertension 2003; 16:229-232

<sup>5</sup> Manual de hipertensión arterial secundaria claves y algoritmos. Carol Kotliar, Josep Redón i Mas. ISBN 978-987-86-2864-6

<sup>6</sup> Hemodynamic circulatory patterns in Young patients with predominantly diastolic hypertension. Romero, C et al. Journal of the American Society of Hypertension 7 (2) (2013) 157-162

<sup>7</sup> Increased stroke volume and aortic stiffness contribute to isolated systolic hypertension in young adults. Hypertension. 2005;46:221-226