



HTA en niños y adolescentes

A. Luque

Sección de Nefrología Pediátrica. HGU «Gregorio Marañón».

Hasta hace poco más de dos décadas la HTA en el caso del niño se consideraba una rara entidad clínica y siempre era secundaria a otra enfermedad. El estudio sistemático de las cifras tensionales en niños llevado a cabo en USA por la Task Force en 1977 permitió detectar un grupo de niños que tenían unas cifras tensionales por encima del percentil 90, correlacionando estas cifras con la edad, peso y talla. Estudios posteriores^{1,2} han podido ahondar más en la dimensión de la HTA en niños y adolescentes, habiendo demostrado que las cifras tensionales altas guardan relación con lo que sucede en la edad adulta. Estos estudios de evaluación de la tensión arterial en niños se han realizado en bastantes países del mundo.

La HTA en la infancia puede presentarse de forma esencial, sobre todo en el grupo de adolescentes, o ser expresión de otras enfermedades (HTA secundaria). La morbilidad de la HTA esencial en los niños es poco importante, pero cada día se da más valor a su detección precoz y a la búsqueda de factores que predisponen a este tipo de HTA: genéticos, familiares, hábitos alimenticios, ingesta de sodio, ejercicio físico, etc. Todos estos factores ayudan al diagnóstico y manejo de este tipo de niños.

En el grupo de HTA secundaria se inscribe la mayoría de los niños con HTA severa. En estos casos puede afectar a cualquier edad y constituye un elemento fundamental la evaluación diagnóstica encaminada a encontrar la causa de la HTA, y en un porcentaje bastante elevado es el riñón el órgano responsable.

Tratamiento de la HTA en niños: hay que distinguir dos aspectos, por un lado el tratamiento no farmacológico, cuya consideración se orienta fundamentalmente a aquellos casos de HTA esencial y por otro, el tratamiento que, sin excluir el primero, adoptamos en la HTA grave, cuyo manejo ha de llevarse a cabo con fármacos hipotensores.

En los casos de HTA esencial las medidas deben ir orientadas en la dirección siguiente: pérdida de peso, disminución de la ingesta de sodio, mayor aporte de potasio y calcio y realización de ejercicio físico moderado y constante. En los adolescentes es fundamental la eliminación de los factores de riesgo, entre los que se encuentran el uso de anticonceptivos orales, el tabaco, el alcohol, la toma de INE, esteroides, simpaticomiméticos, etc.

El tratamiento farmacológico se utiliza en los casos de HTA severa. La pauta que se sigue es la misma que en los adultos, tratando de establecer un método escalonado y evitando en lo posible la utilización de excesivos fármacos. En los niños se utilizan diuréticos como tiazidas, diuréticos de asa y ahorradores de potasio. En muchas ocasiones constituyen el primer paso en el tratamiento de la HTA. Los vasodilatadores directos, como la hidralazina, se utilizan en niños e incluso en recién nacidos con gran eficacia, tanto en el tratamiento de la HTA como en el manejo de las crisis hipertensivas. En los últimos años han tomado relevancia los inhibidores de los canales del calcio, siendo el más utilizado en la práctica pediátrica la Nifedipina. Los inhibidores del sistema nervioso autónomo (beta-bloqueantes, alfabloqueantes y bloqueadores alfa y beta) se utilizan de forma regular en los niños. El Labetatol se ha mostrado de gran utilidad en el tratamiento de las crisis hipertensivas. El grupo de fármacos inhibidores de la ECA (Captopril y Analapril) son de uso regular, incluso en recién nacidos. Hay que decir que pese a las dificultades que existen con la industria farmacéutica, que no suele producir fármacos específicos para niños, la mayoría de las drogas que se utilizan en el adulto son perfectamente válidas en el caso de los niños. Por último en el tratamiento de las crisis hipertensivas, el nitroprusiato sódico sigue siendo hoy el fármaco más usado en los niños³.

HTA en lactantes y recién nacidos: la HTA es poco frecuente en el lactante y de difícil evaluación. En los últimos años el gran desarrollo experimentado por la Neonatología y la viabilidad cada vez mayor de niños con muy bajo peso ha hecho posible que la detección, control y manejo de la tensión arterial en unidades de cuidados intensivos neonatales sea una práctica rutinaria. La dificultad que presentan los recién nacidos y lactantes es la propia toma de la tensión arterial. Esto se ha podido resolver en algunos casos con métodos invasivos, a través de catéteres arteriales y monitorización continua. Existen métodos no invasivos como la oscilometría automática que a través de monitores muestran continuamente la tensión arterial sistólica y diastólica, así como la media. El método doppler para la toma de tensión es también muy utilizado en este tipo de pacientes. Las causas de la HTA en

el recién nacido y lactante son siempre secundarias y en gran porcentaje están ligadas a causas renales, bien sean parenquimatosas o vasculares. Hay factores que predisponen en el recién nacido a la HTA, como la displasia broncopulmonar y la oxigenación con membrana extracorpórea.

El tratamiento de la HTA en el recién nacido y lactante es parecido al esquema que se sigue en adultos y niños mayores, según la gravedad de los casos. El elemento diferenciador es el ajuste riguroso de la dosis y el control en unidades de cuidados intensivos neonatales⁴.

BIBLIOGRAFÍA

1. Task Force on Blood Pressure Control in children. NHLBI, Bethesda, Md. Report of the second Task Force on blood pressure in children. *Pediatrics* 79: 1-25, 1987.
2. Lauer RM, Clarke WR: Childhood risk factors for high adult blood pressure: The Muscatine study. *Pediatrics* 84: 633-641, 1989.
3. Feld LG, Waz WR: Treatment of hypertension, in: *Pediatric Nephrology* (Barratt, TM, Amer, EL y Harmon WE ed.), 4.^a ed. *Lippincott Williams-Wilkins*, 1031-1049, 1999.
4. Adelman RD: The Epidemiology of neonatal hypertension, in: *Hypertension in children and adolescents* (Giovannelli MI. New and Gorini, S., eds.) *Raven Press*, New York, 1981.