

¿ES EL BAJO PESO AL NACIMIENTO UN FACTOR PREDICTOR DE HIPERTENSION ARTERIAL INFANTIL?

INTRODUCCION

Durante los últimos años ha aumentado el interés por el tema de la presión arterial en la niñez y adolescencia. Numerosos estudios han incorporado información valiosa sobre sus valores, tendencias, variabilidad y capacidad predictiva para la edad adulta.

En este sentido, la OMS llamó la atención sobre la importancia de la medición periódica y rutinaria de la PA en niños y la detección precoz de HTA. Aunque tradicionalmente las cifras para HTA infantil que se manejaban eran del 1 al 2 % ¹, recientes estudios ² muestran que se elevan al 3.6%, y al 74% de ellos no se les había diagnosticado, con una prehipertensión del 3,4% y detectándose ésta última sólo al 11% de los casos.

Está claro que es una patología infradiagnosticada. Por ello, en este estudio, pretendemos confirmar si en nuestra población el factor de riesgo de “bajo peso al nacimiento”, puede ser un factor pronóstico de desarrollo de HTA y favorecer el screening de esta enfermedad.

Hemos planteado dos objetivos:

- Analizar si la población adscrita a nuestra área de salud con bajo peso al nacimiento (BPAN) desarrolla TA elevadas durante la etapa infantil.
- Estudiar por edad, sexo, TAS y TAD si existen diferencias para éstos niños con BPAN.

MATERIAL Y METODOS.

Se han utilizado los datos obtenidos de las historias clínicas de los pacientes de nuestros Centros de Salud. Se buscaron los datos de los pesos al nacimiento de todos los

pacientes de 6, 8 y 12 años, y los datos de T.A. en estas edades. Consideramos BPAN los niños con menos de 2 kgs.

Se excluyeron a los pacientes con patologías que tuviesen una asociación con HTA (estenosis de arteria renal, nefropatías...), aunque no hubo ningún caso. Se desecharon los datos de los pacientes donde no figuraban antecedentes personales.

Se ha realizado un estudio transversal, descriptivo, comparando las medias de cada corte de edad con las del estudio RICARDIN (estudio clásico sobre las tensiones de los niños por edades, con media y percentiles) mediante pruebas T de student para muestras independientes. También se compararon las medias de nuestros pacientes con los percentiles correspondientes del citado estudio. Discriminamos por sexos y por T.A.D. y T.A.S. para ser estudiados por separado. Los valores de $p < 0,05$ se consideraron estadísticamente significativos. Se incluyeron finalmente en el estudio: 8 niños y 10 niñas de 6 años, 10 niños y 7 niñas de 8 años, y 9 niños y 10 niñas de 12 años.

RESULTADOS.

Para las edades de 6 y 8 años no existieron diferencias significativas en ninguno de los dos cortes, ni para TAS, TAD, ni por sexos. Sin embargo, en los niños/as de 12 años si encontramos diferencias significativas para ambos sexos: En el grupo de los niños existía diferencia significativa en la T. diastólica y en el de las niñas existía tanto en la TAS como en la TAD.

		MEDIA	DESVIACION TIPICA	PERCENTIL
Niños 6 años	TAS	100.2	10	P25-P50
	TAD	62	7.5	P75
Niñas 6 años	TAS	86.6	9.42	P5-P10
	TAD	51.2	1.02	P25-P50

Niños 8 años	TAS	91.5	0.80	P5-P10
	TAD	55	1.4	P25-P50
Niñas 8 años	TAS	93	1.07	P10
	TAD	58	2.12	P50
Niños 12 años	TAS	112.6	4.7	P50
	TAD	71.6	9.40	P75-P90
Niñas 12 años	TAS	114.2	4.6	P50-P75
	TAD	72.8	2.12	P75-P90

CONCLUSIONES

1. Según nuestro estudio, existe mayor correlación entre TA elevadas y niños/as más mayores.
2. Según nuestro estudio, la TAD es más elevada en estos niños/as con bajo peso al nacimiento que la TAS.
3. En 6 y 8 años, no hay diferencias significativas de TA entre estos niños con BPAN y los niños del estudio RICARDIN, en general.(Sólo la TAD en niños de 6 años sale significativa).
4. Proponemos, con los datos de este estudio, y pendiente de confirmar por otros más grandes, hacer un despistaje de HTA en niños/as de 12 años ó mayores que tuviesen como antecedentes personales un BPAN. Asimismo, un seguimiento más exhaustivo de la TAD en los niños con éste antecedente, aunque hay otros estudios más importantes realizados en otras latitudes que relacionen más este BPAN con incrementos de TAS en niñas.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) zona pediátrica,1999-2007,Dr Jorge Nasaworsky
- (2) The Journal of the american Medical Association