

ISSN: 1889-1837

Órgano oficial de la Sociedad Española de Hipertensión-Liga Española para la Lucha contra la Hipertensión Arterial, de la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial y de la Latin American Society of Hypertension

# Hipertensión y riesgo vascular

Volumen 33, Especial Congreso 2, Abril 2016

**XXIII Congreso Argentino  
de Hipertensión Arterial**  
**“Hipertensión en el mundo real.  
Desafíos y dilemas”**

**Hotel Panamericano,  
Ciudad Autónoma de Buenos Aires,  
14-16 de abril de 2016**



*Indexada en:*  
**Medline en 2015**

[www.elsevier.es/hipertension](http://www.elsevier.es/hipertension)

plicados de ambos sexos residentes en una población rural bonaerense. Se utilizaron como indicadores el índice de aumentación, la presión aórtica y la presión de pulso. Los resultados se compararon con los obtenidos de otro conjunto de pacientes hipertensos marplatenses. El objetivo consistió en evaluar comparativamente el grado de deterioro producido por la hipertensión en ambas poblaciones.

**Métodos:** Se seleccionó una muestra aleatoria de 19 varones y 19 mujeres, hipertensos sin otras patologías, de edades comprendidas entre la 5<sup>a</sup> y la 9<sup>a</sup> décadas (grupo "Rural"). Se utilizó para obtener la onda de pulso un sensor capacitivo de desplazamiento, aplicado sobre la zona de palpación radial. Se evaluaron los parámetros Índice de aumentación radial (IAR) calculada como la altura de la onda reflejada, Presión aórtica (PAor) calculada en base al IAR y a la presión arterial, y la presión de pulso (PP) calculada como diferencia entre las presiones sistólica y diastólica. Los resultados se compararon utilizando la prueba T, considerando varianzas distintas y grupos de edad promedio similares, con los obtenidos de otro conjunto de hipertensos no complicados de edades similares ( $p > 0,3$ ), de 150 varones y 193 mujeres (grupo "MDP").

**Resultados:** En varones el grupo Rural presentó IAR = 89,7 ± 11,6%, PAor = 152,3 ± 15,3 mmHg, PP = 69 ± 15,7 mmHg. El grupo MDP presentó IAR = 81,2 ± 11,8 ( $p < 0,01$ ), PAor = 132,8 ± 16,6 mmHg ( $p < 0,0001$ ), PP = 51,0 ± 11,8 mmHg ( $p < 0,001$ ). En mujeres el grupo Rural presentó IAR = 97,1 ± 12,8%, PAor = 154,4 ± 21,0 mmHg, PP = 77,2 ± 21,5 mmHg. El grupo MDP presentó IAR = 91,3 ± 12,3 ( $p < 0,1$ ), PAor = 132,7 ± 9,3 mmHg ( $p < 0,001$ ), PP = 53,1 ± 13,6 mmHg ( $p < 0,001$ ).

**Conclusiones:** A igualdad de edades medias, el grupo Rural se halla más envejecido arterialmente que el grupo MDP, debido a los mayores valores de IAR, sus ventrículos se hallan sometidos a mayores esfuerzos por mayores valores de PAor, con peligro de cardiopatía dilatada e insuficiencia izquierda. Los valores elevados de la PP indican mayores alteraciones parietales aórticas que en el grupo MDP, revelando un largo proceso iniciado con el deterioro endotelial y seguramente extendido a la totalidad del sistema arterial. El grupo Rural se hallaría bajo mayor riesgo de desarrollar eventos cardiovasculares severos, falla renal y accidentes cerebro-vasculares que el grupo MDP, habiéndose detectado hábitos de vida incorrectos y falta de control periódico.

## C29. RELACIÓN DE LA DISMINUCIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL SISTÓLICA EN TOMAS SUCESIVAS CON MANIOBRA DE VALSALVA, HOLTER Y MAPA

H.M. Musacchio<sup>1</sup>, L. Rodeles<sup>1</sup>, F. Pessolani<sup>2</sup> y F. Debona<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Área Clínica Médica-UNL. <sup>2</sup>Hospital Iturraspe, Santa Fe, Argentina.

**Introducción:** Es un hecho de observación frecuente que en algunos sujetos la repetición de las mediciones de presión arterial sistólica (PAS) tiende a disminuir al repetir las determinaciones. Este fenómeno podría deberse a la función barorrefigleja alterada.

**Objetivos:** Estudiar la relación de la disminución de la PAS con la función barorrefigleja evaluada con maniobra de Valsalva (MV), ECG digitalizado de 10", análisis espectral de la FC y la variabilidad del MAPA.

**Métodos:** Estudio prospectivo, observacional. Inclusión: edad 20-89 años, con buen estado funcional. Exclusión: patologías o fármacos que modifiquen la FC y/o PA y embarazadas. Se estudiaron 74 pacientes de 44 ± 14 años; hombres el 54%. La PAS fue 128 ± 16 mmHg y la PAD 80 ± 12 mmHg. Se realizaron 3 mediciones sucesivas de PA, ECG digitalizado 10", maniobra de Valsalva (MV), MAPA y Holter. PAS\_3: se sumaron las diferencias en mmHg de 3 mediciones sucesivas de PAS(PAS\_3). Valsalva: estandarizada a 40 mmHg

con ECG de 15"; cociente FC intra y post MV (CMV). MAPA: índices ARV y BPV; se sumaron los mmHg de las mediciones con más de 20 mmHg de diferencia con las precedentes (SUMA\_20). Holter: DSNN, rMSSD, LF, HF y LF/HF; ECG 10": SDNN y rMSSD.

**Resultados:** La edad mostró una correlación inversa con LF ( $p < 0,01$ ;  $r = -0,40$ ) y con HF ( $p = 0,02$ ;  $r = -0,28$ ) pero no con el cociente LF/HF ( $p = \text{NS}$ ). La PAS media mostró correlación positiva con SUMA\_20 ( $p < 0,01$ ;  $r = 0,35$ ) y con ARV ( $p < 0,01$ ;  $r = 0,29$ ). La correlación fue negativa con el CMV ( $p = 0,01$ ;  $r = -0,31$ ). La PAS\_3 se correlacionó con el rMSSD del Holter ( $p < 0,01$ ;  $r = 0,23$ ), pero no con las variables del MAPA ni con LF/HF; mostró una tendencia a correlacionarse en forma negativa con la PAS media del MAPA ( $p = 0,07$ ;  $r = -0,22$ ). Se analizaron 2 grupos según las diferencias entre las tomas basales de 0 o menos mmHg (mediciones sucesivas iguales o mayores) y más de 0 (mediciones sucesivas menores). En este último grupo fueron mayores el SDNN ( $p = 0,03$ ) y el rMSSD ( $p = 0,04$ ).

**Conclusiones:** A mayor edad fueron menores en su magnitud los componentes LF y HF, pero se mantuvo la relación LF/HF. Cuanto mayor fue la PAS medida manualmente, mayor fue la variabilidad y la magnitud de los aumentos bruscos en el MAPA (SUMA20). La simple repetición de 3 mediciones de PAS permite predecir una mayor variabilidad en la FC en el Holter, pero no la variabilidad en el MAPA. La PAS\_3 predijo una mayor variabilidad de la frecuencia cardíaca en el Holter y cuanto mayor sea PAS\_3, probablemente sea menor la PAS media en el MAPA.

## C30. DIFERENCIAS DE GÉNERO EN LA CARGA DE LESIONES MICROVASCULARES DE PACIENTES CON ACV ISQUÉMICO

C. Alonzo, M.C. Zurrú, L. Brescán, B. Guido, G. Linares, M.V. Baroni, G. Fucile, L. Cámera, E. Cristiano y G. Waisman  
Hospital Italiano, Caba, Argentina.

**Objetivos:** El impacto del ACV isquémico sobre la funcionalidad, la cognición y la calidad de vida es peor en las mujeres. Las lesiones vasculares subclínicas cerebrales se relacionan directamente con la funcionalidad y la cognición, por lo que el objetivo fue evaluar las diferencias en la carga de estas lesiones entre hombres y mujeres con ACV isquémico.

**Métodos:** Se incluyeron pacientes con ACV isquémico. Los datos demográficos, el perfil de factores de riesgo y su control en el año previo al ACV se obtuvieron de la historia clínica electrónica. Al mes, se evaluó la cognición (MMSE y test del reloj) y la funcionalidad y discapacidad (índice de Barthel y escala de Rankin modificada). La presencia de hiperintensidades periventriculares (HPV) y de sustancia blanca subcortical (HSBSC), microsangrados (MS) y lesiones isquémicas silenciosas (LIS) se determinó en la resonancia magnética (RM) realizada en la internación. Las HSBSC e HPV fueron clasificadas según la escala visual de Fazekas. Se excluyeron los pacientes con AIT y aquellos que no tuvieron RM en la semana posterior al ACV.

**Resultados:** Se incluyeron 808 pacientes (edad promedio 77 ± 11 años, 59% mujeres). Las mujeres fueron mayores ( $79 \pm 10$  vs  $75 \pm 9$ ,  $p < 0,0001$ ), con mayor prevalencia de IRC (49% vs 40%,  $p < 0,007$ ), fibrilación auricular (24% vs 11%,  $p < 0,0001$ ) y obesidad (54% vs 49%,  $p < 0,0001$ ); tuvieron PAS ( $136 \pm 15$  vs  $130 \pm 14$  mmHg,  $p < 0,001$ ) y PP ( $61 \pm 11$  vs  $55 \pm 12$  mmHg,  $p < 0,001$ ) más altas; recibían menos antiagregantes (35% vs 51%,  $p < 0,001$ ) y estatinas (29% vs 44%,  $p < 0,001$ ). Los varones tenían mayor prevalencia de diabetes (11% vs 19%,  $p < 0,0001$ ), tabaquismo (31% vs 45%,  $p < 0,0001$ ), enfermedad coronaria (6% vs 25%,  $p < 0,0001$ ) y vascular periférica (9% vs 14%,  $p < 0,0001$ ). La carga de lesión vascular previa, la funcionalidad y la discapacidad posteriores al ACV se observan en la tabla.

**Conclusiones:** pese a la menor prevalencia de enfermedad vascular previa al ACV, las mujeres tuvieron mayor carga de lesiones