

**INCIDENCIA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL POR
AÑO Y SU CORRELACION CON SOBREPESO Y
OBESIDAD EN PACIENTES CONSULTANTES A LA LIGA
GUATEMALTECA DEL CORAZON.
2001, 2002, Enero- Agosto 2003**

Unidad de Investigación, Dirección Médica.

En Liga Guatemalteca se lleva a cabo una investigación tipo longitudinal que nos permite realizar comparaciones anuales, tanto de enfermedades como de factores de riesgo. Actualmente estudiamos específicamente la hipertensión arterial, su incidencia y correlación con factores de riesgo más relevantes. Por lo tanto la pregunta central de investigación fue formulada así:

¿Cuál ha sido el número de casos nuevos diagnosticados con Hipertensión Arterial durante los años 2001 a 2003 en la población total consultante a la Liga Guatemalteca del Corazón ?

Con el objetivo de describir la ocurrencia de hipertensión arterial y cuantificar el número de casos nuevos que se desarrollaron en la población consultante así como su correlación con otros factores de riesgo adicional al problema de base.

Se analizaron 9,971 registros provenientes de la base de datos de la institución, se utilizaron indicadores de incidencia de la enfermedad, su correlación con otras enfermedades; con sobrepeso-obesidad e índice aterogénico.

La incidencia de hipertensión arterial para el 2001 fue de 32%, en el 2002 de 29% y de enero a agosto de 2003 un 20%. Además del diagnóstico de hipertensión arterial, la mayoría de los sujetos asociaban alguna otra patología cardiovascular: dislipidemias (22%), enfermedad cardíaca hipertensiva (19%), diabetes mellitus tipo II (12%) y Enfermedad Isquémica Crónica (10%).

El 40% de los pacientes hipertensos tenían un 40% de sobrepeso y 27% de obesidad. El 15% de los pacientes masculinos tenían un perímetro de cintura mayor de 102 cm y el 59% de los pacientes femeninos mayor a 88 cm.

Estos resultados demuestran que los sujetos hipertensos estudiados en estos años tienen una correlación directa positiva con el sobre peso y la obesidad. Lo cual implica que es necesario mejorar la calidad de atención a los pacientes con sobrepeso obesidad y en especial a los hipertensos con asociación a este factor de riesgo.

INTRODUCCION

La hipertensión arterial (HTA) es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular está directamente relacionada con las principales causas de mortalidad cardiovascular en los países occidentales y muy en particular, con el único síndrome cardiovascular cuya incidencia continua en aumento en nuestro medio: la insuficiencia cardiaca.

La relación entre la elevación de las cifras de la presión arterial y el daño cardíaco ha sido motivo de diversos estudios, en los cuales se ha evidenciado la relación no solo de los factores hemodinámicas sino de factores genéticos y neurohumorales que ejercen un papel significativo en a la aparición de esta patología.

Por lo tanto, el objetivo general de la prevención de las enfermedades coronarias deberá ser el mismo tanto en pacientes con enfermedad coronaria u otra enfermedad aterosclerótica clínicamente establecida como en personas de alto riesgo. De esta manera se lograra reducir la discapacidad prematura, la mortalidad y prolongar la supervivencia.

La Hipertensión Arterial es actualmente en un alto porcentaje () el sustrato para el desarrollo de la mayor parte de las enfermedades cardiovascular como Cardiopatía Aterosclerosa, Insuficiencia Cardíaca y Accidente Vascular Cerebral. ² El manejo ideal de la misma ha sido y seguirá siendo la piedra angular donde se apoyan la mayoría de los programas de prevención CV. Sin embargo su detección y tratamiento adecuados continúan muy debajo de las expectativas que la mayoría de las publicaciones científicas muestran. La HTAS por su carácter asintomático en buena parte de los casos y el bajo conocimiento de factores de riesgo de la población hace que muchos pacientes se enteren de que son portadores en la sala de emergencias al ingresar por una cardiopatía hipertensiva víctimas de un Accidente cerebrovascular, Infarto agudo del miocardio o síntomas incipientes de Insuficiencia Cardíaca Congestiva.

El tratamiento terapéutico de la HTA disminuye la mortalidad cardiovascular en forma significativa. Sin embargo, estudios recientes han demostrado que tratar solo un factor no es suficiente, debemos identificar en cada paciente el riesgo global de factores de riesgo para enfermedad cardiovascular.

Metodología

Los pacientes consultantes a la Liga Guatemalteca del Corazón son 13,801 primeras consultas para el 2001 y 11, 477 para el 2002 y 9,665 de enero-agosto, del 2003. Los sujetos de la presente investigación son los pacientes hipertensos que consultaron por primera vez en estos años, en total se reclutaron 9771. Las cifras de presión arterial objetivo de tratamiento fueron las establecidas por las recomendaciones vigentes de 140/90 mmHg para pacientes exclusivamente hipertensos.

El instrumento utilizado es la base de datos que se ingresa al sistema en cada consulta del paciente, el análisis se realiza con el paquete estadístico SPSS.

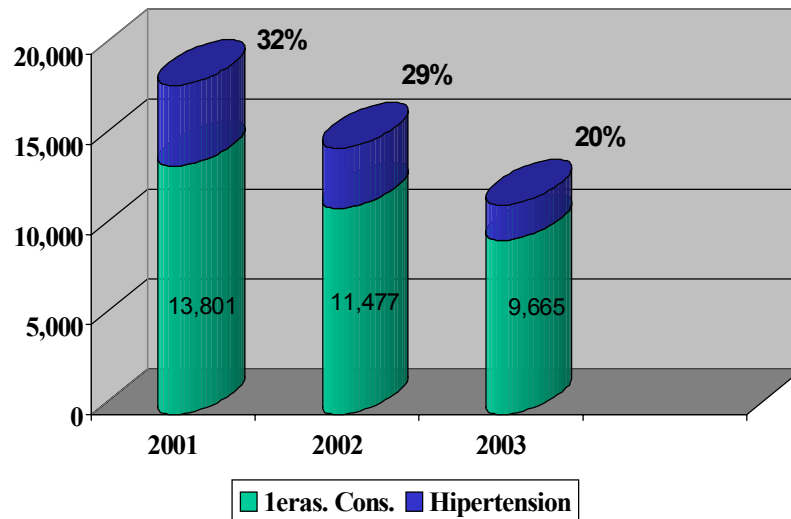
Resultados

El total de pacientes ingresados para este periodo de tiempo fue de 9771 primeras consultas, a los cuales se les realizó el diagnóstico de Hipertensión Arterial.

La edad media fue de 54 años para el 2001, 72 años para el 2002 y 58 años para el 2003, 74 % del género femenino y 26% del masculino.

La incidencia de hipertensión arterial para el 2001 fue de 32%, en el 2002 de 29% y de enero a agosto de 2003 un 20%.

Porcentaje de Hipertensión por año



Además del diagnóstico de hipertensión arterial, la mayoría de los sujetos asociaban alguna otra patología cardiovascular la cual incluye

Patología Cardiovascular asociada al diagnóstico de HTA	
Dislipidemias	22%
Enfermedad Cardíaca Hipertensiva	19%
Diabetes Mellitus Tipo II	12%
Enfermedad Isquémica Crónica	10%

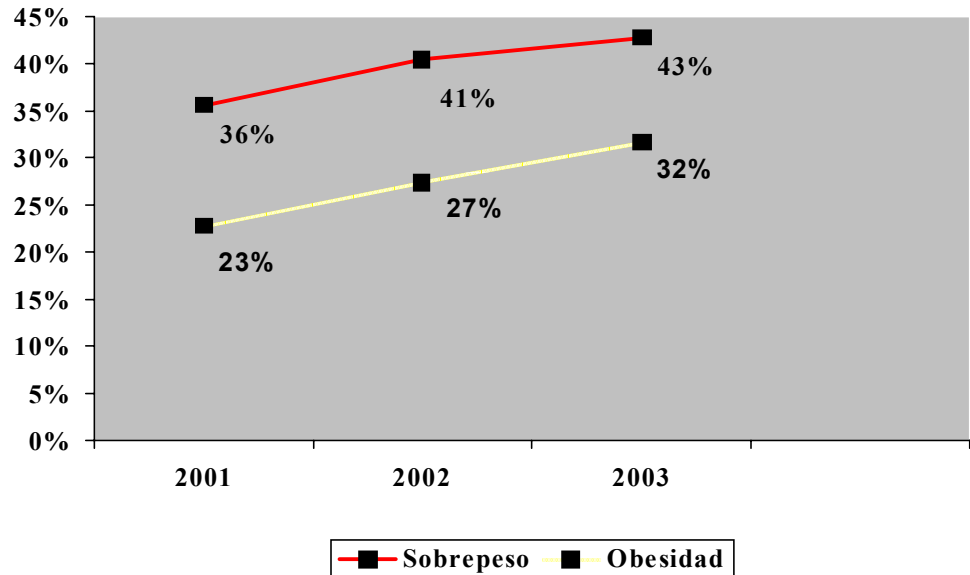
El correlacionar este tipo de patología cardiovascular con hipertensión arterial hace que la problemática sea mayor y multi-causal.

En nuestros países, especialmente en el tipo de pacientes consultante a la institución, es muy el alto costo de los antihipertensivos de primera línea. Aunado a ello el bajo ingreso de una gran mayoría de la población además de un perfil educacional igualmente bajo, son variables sociodemográficas que contribuyen a que el flagelo de la hipertensión arterial alcance grandes proporciones. Todo ello repercute en las precarias economías y sistemas de salud deficitarios de los países en vías de desarrollo, debido a la pérdida de horas/hombre y horas,/trabajo, así como por los costos en que se incurren para rehabilitar pacientes post Infarto Agudo del miocardio, Accidente cerebro vascular, e Insuficiencia cardíaca congestiva donde el personal es altamente especializado y no está disponible para la población en general lo cual genera un círculo vicioso en el proceso de la enfermedad hipertensiva.

Se ha demostrado, suficientemente en múltiples estudios epidemiológicos⁴, la importancia que tiene el aumento de las cifras de presión arterial para el riesgo de sufrir este tipo de enfermedades asociadas. Además es necesario considerar que en este tipo de pacientes coexisten diversos factores de riesgo, apreciándose en este grupo de individuos principalmente una mayor incidencia de sobrepeso y obesidad.

El índice de masa corporal medio mayor de 25 para sobrepeso y mayor de 30 para obesidad presento un incremento constante, a pesar de las intervenciones farmacológicas y nutricionales, grafica inferior.

Porcentaje de Sobrepeso y Obesidad por año



Es interesante el estudio de Larson B. de la Universidad de Oxford ya que analiza el hecho que los individuos con un IMC más alto tienen una mortalidad superior al resto. Además, mortalidad causada por el sobrepeso es de causa cardiovascular. La obesidad tiene una influencia adversa sobre otros factores de riesgo, especialmente en la presión arterial.

Hay evidencias de estudios de seguimiento de población en el sentido de que es suficiente el diámetro de la cintura para juzgar el grado de obesidad. Este diámetro se halla íntimamente relacionado con el IMC, el cual proporciona información sobre el

tipo de obesidad en estos casos es una obesidad central que es una acumulación de grasa intra-abdominal⁵. Y es un índice clínico útil para supervisar la reducción de peso.

Se ha reportado que la circunferencia mayor o igual a 94 cm en los varones y 80 cm. en las mujeres es un indicativo de la necesidad de perder peso, y si llega a mayor o igual 102 cm. en los varones y mayor o igual de 88cm en las mujeres es indicativo de riesgo aterogénico y se requiere ayuda profesional para la reducción de peso. Lamentablemente en este tipo de población encontramos los siguientes datos (Cuadro 1)

Perímetro de Cintura por genero

	Masculino	Femenino
	Mayor o igual 102cm.	Mayor o igual 88 cm
2001	13.3%	56.4%
2002	14.8%	60.3%
2003	15.5%	61.5%

Los pacientes hipertensos registrados reciben diversos tratamientos con una droga, lo cual ha demostrado, en otros estudios, que logra una disminución de la presión arterial hasta en un 60% y su eficacia se incrementa hasta un 80-90% al usarlas combinadas. Sin embargo, a pesar de la evidencia científica existente, en la practica clínica no se ha logrado disminuir la presión arterial en estos porcentajes, por lo que se continua insistiendo en utilizar adecuadamente las recomendaciones o guías mundialmente aceptadas que enfatizan no solo el tratamiento con medicamentos, sino el identificar e intervenir en los otros factores concomitantes.

Conclusion

El efecto inflacionario que ocasiona la hipertensión a la fecha a provocado que en los sistemas nacionales de salud de países en vías de desarrollo como en los industrializados se insista nuevamente en desarrollar estrategias de prevención primaria con énfasis básicamente en dieta, actividad física, bajo consumo de sodio y cambios en el estilo de vida como una verdadera prescripción médica de rescate para el control de la HTAS.

Los inicios de tratamiento deberan ser con drogas perfectamente probadas y cuyo uso sea simple y de costo favorable.³

Los sujetos hipertensos estudiados en estos años mostraron una correlación directa positiva con el sobre peso y la obesidad. Lo cual implica que a mayor cantidad de este riesgo no se lograra modificaciones en los sujetos prehipertensos ni tampoco beneficiara al paciente que padece la enfermedad aunque este tomando tratamiento farmacológico.

El análisis de estos datos se realiza con el objetivo de adoptar un protocolo integral de manejo para este tipo de pacientes.

Recomendaciones

La edad cambia radicalmente la potencia predictora de los Factores de Riesgo y estos sujetos, por lo general, tienen una situación de riesgo global mas alto, lo que implica que es prioritario la valoración multifactorial del factor de riesgo y adoptar las ultimas recomendaciones de la (JNC 7) ² que van dirigidas especialmente a reducir el peso, adoptar dieta rica en frutas y vegetales baja en grasa, reducción de la ingesta de sodio, así como tener una actividad fisica regular, moderación en el consumo de alcohol. Cada una de estas recomendaciones reduce los estadios de presión arterial desde 2 hasta 20 mmHg.

Referencias Bibliograficas

Velasco y colaboradores. Guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en prevención cardiovascular y rehabilitación cardíaca. Rev Esp Cardiol; 2000, 53: 1095-1120

Sociedades Europeas y otras. Resumen de recomendaciones sobre prevención coronaria. Rev. Esp Cardiol 2000; 53: 413-421

U.S. Department of Health and Human Services. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC 7)

Botero, Rodrigo. Nuevos antihipertensivos y su ubicación en la terapia antihipertensiva actual. P.L.A Export Editores Ltda.. Chile-Peru.2001.

World Health Organization. Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. Cardiovascular Disease (CVD) 2002.

InterAmerican Heart Foundation- Fundacion Interamericana del Corazon. Sociedad Interamericana de Cardiologia. Guías para Prevención Primaria de la Enfermedad Cardio y Cerebrovascular para America Latina y el Caribe. Actualizacion 2003.

Pearson TA, et al. AHA Guidelines for Primary of Cardiovascular Disease and Stroke: 2002. Circulation, 2002: 106:388-391