

UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

Fundada en 1551

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
UNIDAD DE POSTGRADO**



Tesis

Digitales UNMSM

**“FACTORES RIESGOS ASOCIADOS A HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN UNA
POBLACION GERONTE”**

TRABAJO DE INVESTIGACION

Para optar el Título de :

ESPECIALISTA EN CARDIOLOGIA

AUTOR

BRISTAN D. MARAZA BARRIO DE MENDOZA

**LIMA – PERÚ
2004**

*Dedicado a mis padres
a mi querida esposa y pequeños hijos
que en todo momento
me apoyaron e impulsaron
a concluir esta meta.*

AGRADECIMIENTOS:

Al Director del Hospital Militar Geriátrico Crl. SAN MED. Dr. Fernando Gutiérrez Vera por el amplio apoyo que nos da para realizar investigación, a las enfermeras y auxiliares de enfermería del programa de HTA del HMG

Índice

1. Resumen
2. Introducción
3. Metodos
4. Estadística
5. Resultados
6. Discusión y Conclusiones
7. Recomendaciones
8. Referencias Bibliograficas

1. RESUMEN

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS A HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN UNA POBLACIÓN GERONTE

Hospital Militar Geriátrico. Servicio de Cardiología.

Autor: Maraza Barrio de Mendoza, Bristan

Objetivos: Conocer los factores de riesgo cardiovascular asociados a HTA en nuestra población.

Antecedentes: Los adultos mayores son más favorecidos por el tratamiento antihipertensivo que los individuos más jóvenes; disminuyendo la incidencia de enfermedad arterial coronaria, enfermedad cerebro vascular e insuficiencia cardiaca.

Material y métodos: Estudio observacional, prospectivo tipo descriptivo. De Marzo del 2002 a febrero 2003, se evaluaron 745 pacientes.

Resultados: La edad promedio fue 79.5; mayormente fueron mujeres (63%). Se los clasifico según estadio al ingreso al programa y se actualizo los datos de acuerdo a la ultima clasificación del VII reporte de la JNC EEUU. Donde el 7% (55) son Prehipertensos, el 79% (586) están en el Estadio 1, el 14% (164) están en el Estadio 2 y el 84% (573) tienen hipertensión sistólica aislada,.

Los factores de riesgo asociados a Hipertensión fueron : dislipidemias (23%), obesidad (22%) estrés (22%), sedentarismo (17 %), Tabaquismo (5 %), Diabetes (5%), historia familiar de enfermedad arterial coronaria (4 %), y enfermedad arterial coronaria (4%).

Conclusiones: En hipertensos adultos mayores la Hipertensión sistólica aislada, las dislipidemias, la obesidad, el estrés y el sedentarismo son los factores más frecuentes.

Recomendaciones: Los programas de HTA benefician a estos pacientes ya que nos permitió obtener un alto porcentaje de pacientes controlados.

FACTORES EN HTA GERONTES – SESC.

2. INTRODUCCION:

La Hipertensión Arterial (HTA) es una patología cuya prevalencia en nuestro medio es superior al 25% de la población adulta para EEUU de 30% preocupados por este incremento y que este puede ser modificado se crearon los programas nacionales de Hipertensión Arterial (HTA) en el año 1974, la Organización Mundial de la Salud (OMS) invitó 13 países en un proyecto de investigación titulado "Programa para el Control de la Hipertensión Arterial (3) (4) (16).

En nuestro Hospital Militar Geriátrico la Consulta externa de HTA es la primera causa de consulta con el 9% seguido de Osteoporosis, Osteoartrosis, Dislipidemias y el 76% de la consulta Cardiología, es por esto que nos vimos motivados a crear un programa y protocolo actualizado en la prevención, diagnóstico, evaluación y control de la HTA.

La HTA ocurre en más 2/3 partes de individuos adultos mayores. Ésta también es la población con proporciones más bajas de control de la presión arterial.

La HTA no diagnosticada, mal tratada y aun peor mal manejada daña en forma seria e irreversible órganos delicados como son

corazón riñón, cerebro y sistema cardiovascular, haciendo que el pronóstico sea sombrío.

La Hipertensión sistólica Aislada es frecuente en pacientes adultos mayores. Y esta es cuando la PAS es de 140 mmHg o superior, siendo la PAD inferior a 90 mmHg. La PAS se eleva progresivamente con el envejecimiento, mientras que la PAD disminuye de manera espontánea a partir de los 60 años. (17,23)

Este parámetro es considerado un marcador independiente de mayor riesgo cardiovascular y de daño de órgano blanco, entre ellos el cerebro (24).

El riesgo de padecer ACV depende en mayor proporción de la presión sistólica (>140 mmHg) que de la presión diastólica. *La prevención de la HTA es la medida más importante, universal y menos costosa (4,5,6,7).* El perfeccionamiento de la prevención y el control de la presión arterial es un desafío importante para todos los países, lo cual debe constituir una prioridad de las instituciones de salud, la población y los gobiernos. La adecuada percepción del riesgo que significa padecer de HTA nos obliga a ejecutar una estrategia poblacional con medidas de *educación y promoción* dirigidas a la disminución de la presión arterial media de la población, impactando sobre otros factores de riesgo

asociados a la HTA, fundamentalmente la falta del ejercicio físico, niveles inadecuados de lípidos sanguíneos, elevada ingesta de sal, el tabaquismo y el alcoholismo (5,7) .

Por otra parte, es necesaria una estrategia individual, para detectar y controlar con medidas específicas de los servicios asistenciales, a los individuos que por estar expuestos a niveles elevados de uno o varios factores de riesgo, tienen alta probabilidad de padecerla o la padecen. De este modo, es imprescindible lograr la terapéutica más acertada para mantener un adecuado control de las cifras tensionales. En ambos casos, la modificación positiva de los estilos de vida en el Taller de Control de Factores de Riesgo Coronario es un pilar para obtener estos beneficios.

Es importante conocer los factores de riesgo asociados a HTA en nuestra población tanto para su estratificación de riesgo como para tomar la decisión en cuanto a su tratamiento y modificar estos para mejorar la morbilidad y mortalidad de esta patología.

Es necesario tener en cuenta el riesgo que tienen los pacientes hipertensos en relación con las enfermedades cardiovasculares, el cual se determina no sólo por el nivel de su presión arterial sino

además por la presencia o ausencia de daño en órganos diana y de **los factores de riesgo asociados** como el *tabaquismo, obesidad, sedentarismo, dislipidemia, diabetes, antecedente familiar de enfermedad arterial coronaria y presencia de enfermedad arterial coronaria* . Así como la *presencia de hipertensión sistólica aislada.*

3. METODOS:

La población de estudiada fue varones y mujeres mayores de 60 años inscritos en el Programa de HTA del Hospital Militar Geriátrico. Entre Febrero del 2002 a Febrero 2003, se evaluaron 745 pacientes.

El VII Reporte del JNC Clasifica a la Hipertensión arterial como **Normal** PAS <120 y PAD < 80, **Prehipertensión** PAS 120-139 y PAD 80-89, **Estadio 1** de hipertensión PAS 140-159 y PAD 90-99, **Estadio 2** de hipertensión PAS ≥ 160 y PAD ≥ 100 y **Hipertensión sistólica aislada** PAS >140 y PAD < a 90.⁽²⁷⁾.

Utilizamos esta clasificación con la finalidad de unificar datos para estudios prospectivos en curso y actualización de nuestra base de datos del programa.

4. ESTADISTICA:

El presente es un estudio observacional, prospectivo tipo descriptivo.

Se utilizo el muestreo no probabilistico de casos consecutivos vistos en 12 meses.

Los datos se recolectaron de las fichas de inscripción de cada paciente. Estos datos se procesaron en programa Microsoft Excel

Se empleo como método el cálculo porcentual, la media.

5. RESULTADOS:

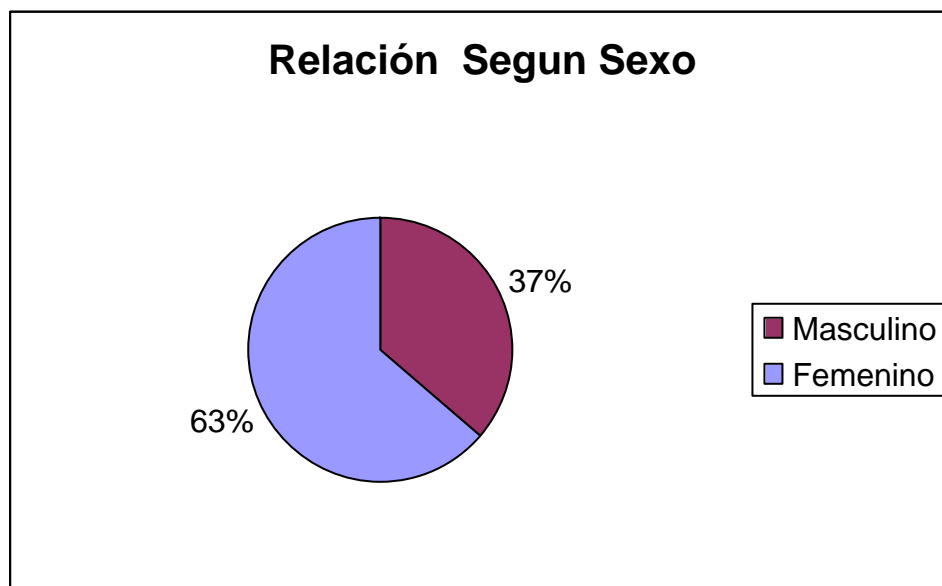
Tabla No 1.

Relación sexo masculino femenino.

Sexo	Total	%
Masculino	273	37%
Femenino	472	63%
Total	745	100%

Cuadro N° 1.

Distribución porcentual Sexo masculino femenino



Como resultado de este estudio observamos que en esta población predomina el sexo femenino con 63% de la población

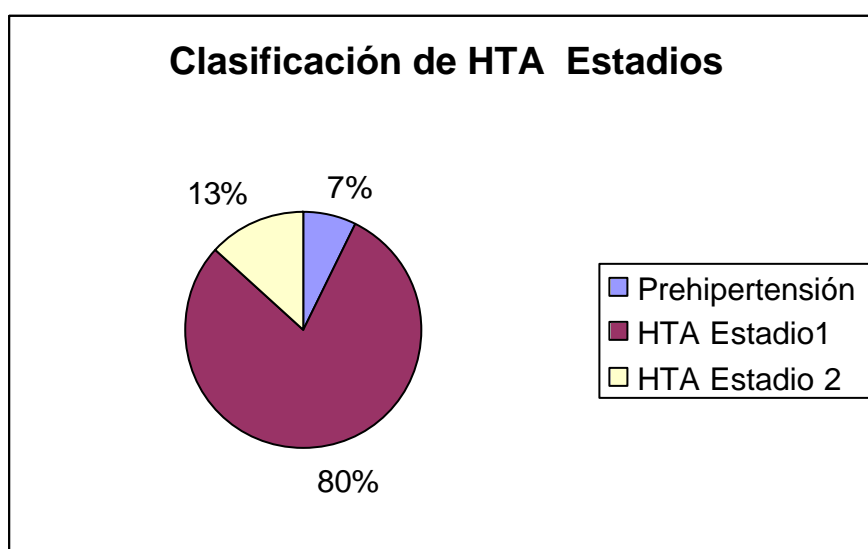
estudiada, que es diferente al encontrado en la literatura es estudios similares como en el estudio Framingham donde el sexo masculino predomina con 73%.

Tabla No 2.

Relación de la clasificación según estadio.

Clasificación	Femenino	Masculino	Total	%
Prehipertensión	34	21	55	7%
HTA Estadio1	375	211	586	79%
HTA Estadio 2	63	41	104	14%
Total	472	273	745	100%
HTA SA*	356	217	573	84%

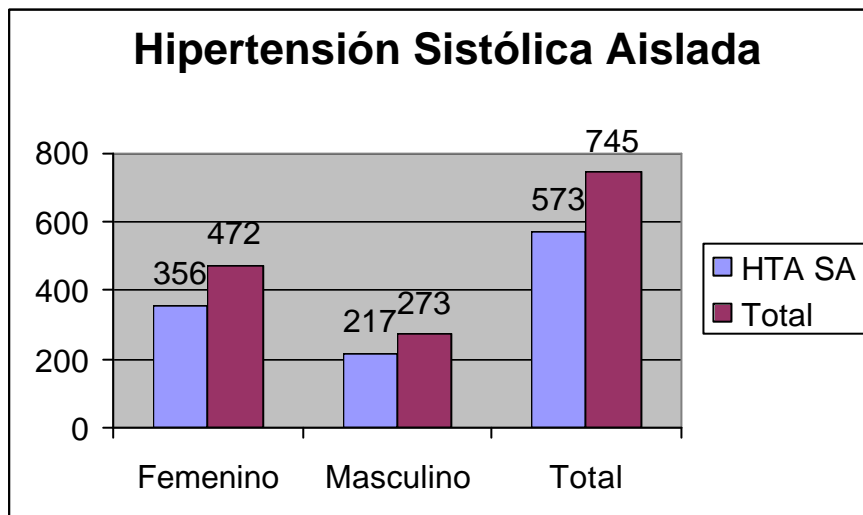
Cuadro N° 2
Distribución porcentual según estadio



En relación a la distribución por estadio de HTA, los que fueron clasificados al ingreso del programa, observamos que la población mayoritaria se encuentra en HTA estadio 1 con 79%, seguido HTA estadio 2 con el 14% y Prehipertensión con el 7%.

Cuadro N^o3

Hipertensión Arterial Sistólica Aislada.



La Hipertensión sistólica aislada también considerado un factor independiente de riesgo cardiovascular de daño de órgano blanco entre ellos SNC, es otro factor predominante a tomarse en cuenta en esta población.

La hipertensión sistólica aislada se encuentra en el 84% de la población similar a la de estadística de trabajos similares (24) que es el 70% y 80% en la estadística de EEUU en este grupo atareó.

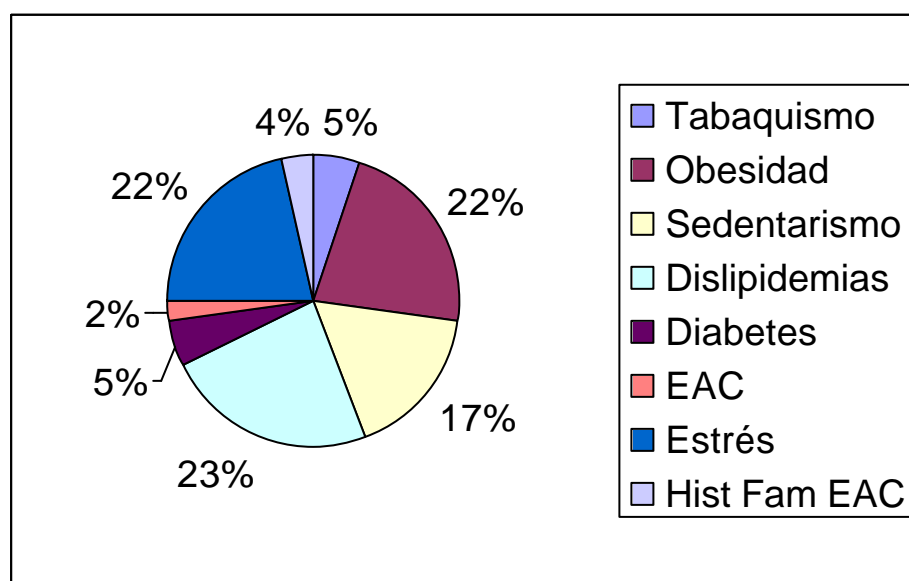
Tabla No 3.

Relación factores de riesgo en la hipertensión con enfoque de genero.

Factores de Riesgo	Femenino	Masculino	Total
Tabaquismo	54	49	103
Obesidad	240	125	365
Sedentarismo	180	104	284
Dislipidemias	251	90	341
Diabetes	54	33	87
EAC	26	7	33
Estrés	232	133	365
Hist Fam EAC	38	37	75

Cuadro N° 4

Distribución porcentual según factores de riesgo



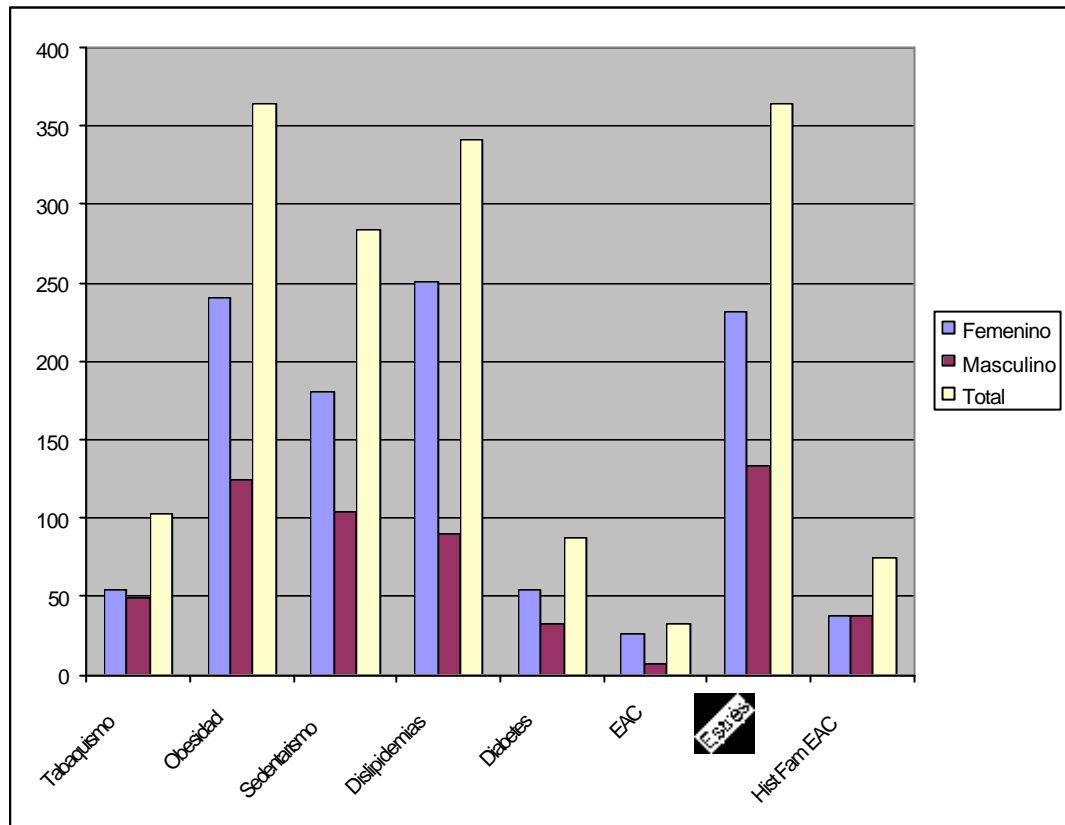
En cuanto a los factores de riesgo asociados a Hipertensión arterial fue la Dislipidemias 23%, Estrés 22%, Obesidad 22% y el Sedentarismo 17% son los factores predominantes seguidos de el Tabaquismo 5% , Diabetes 5%, Historia familiar de enfermedad arterial coronaria 4% y Enfermedad arterial coronaria 2%.

En el estudio Framingham y otros los factores predominantes fueron Diabetes con 79% , Dislipidemia con 59% y tabaquismo con el 53% .

Confirmando que el comportamiento de nuestra población es distinta a la occidental siendo el único factor de riesgo en común la presencia de dislipidemia entre los factores predominantes.

Cuadro N° 5

Relación factores de riesgo y sexo masculino femenino



En cuanto a la distribución sexo y factores de riesgo fue el sexo femenino el predominante en todos los factores de riesgo salvo los pacientes con presencia de enfermedad arterial coronaria en el que ambos igualaron, este comportamiento es muy distinto al encontrado en estudios similares donde siempre el sexo masculino en este grupo atareo es el predominante.

Nos llamo la atención que en cuanto al tabaquismo el sexo femenino cada ves se impone siendo de comportamiento similar al de cuba.

6. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES:

Concluimos que los factores de riesgo asociados a Hipertensión arterial en nuestra población no es la misma a la occidental y que el sexo femenino se impone tanto en el universo de hipertensos como en los factores de riesgo.

La hipertensión sistólica aislada, dislipidemia, la obesidad, el estrés el sedentarismo son los factores mas frecuentes. Y el tabaquismo predomina en el sexo femenino.

7. RECOMENDACIONES

Los programas de HTA beneficia a estos pacientes ya que nos permitió obtener un alto porcentaje de paciente controlados, esto debido a que nos permite una mayor adherencia al tratamiento tanto farmacológico como a la educación personalizada y grupal sobre los cambios de estilo de vida. Ya que muchas veces no se dispone de el tiempo necesario en la consulta externa para la educación al paciente, y esta demostrado que es este grupo atareo el que mejor responde a los cambios de estilo de vida y tratamiento farmacológico.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. Castelli WP. Epidemiology of triglicerides: a view from Framingham. Am J Cardiol 1992;70(19):3H-9H.
2. CMA.J, JAMC. Obesity, A Risk Factor of Cardiovascular Disease. Supplement to Can Med Assoc J 1997; 157 (1 Suppl).
3. Declaration of the Advisory Board. International Heart Health Conference. Victoria, Canada, May 28; 1992.
4. Enfermedades No Transmisibles. Programa de Enfermedades No Transmisibles. Organización Panamericana de la Salud. Reporte presentado en la 120.^a Reunión Washigton, Junio de 1997.
5. Épidémiologie et prévention des maladies cardio-vasculaires chez les personnes âgées. Rapport d'etude de l'OMS. Organisation mondiale de la Santé. Genève 1995.
6. Fletcher AE, Bulpitt CJ. Epideiological aspects of cardiovascular diseases in the elderly. Journal of hipertension, 1992, 10:S51-S58.

7. Health and welfare Canada. Promoting Heart Health in Canada: A focus on Cholesterol. Report of the working group on the Prevention and Control of Cardiovascular Disease. Ottawa, november 1991.
8. Mac Lean DR, Petrasovists A, Nargundkur M, et al: Canadian Heart Health Surveys: a profile of cardiovascular risk. Survey methods and data analysis. Can Med Assoc J1992;146:1969-73.
9. Naylor D, Paterson M. Cholesterol Policy and the primary prevention of coronary disease An Rev Nut, 1996; 16:349-82.
10. National High Blood Pressure Education Program Working Group report on primary prevention of hypertension. Archives of internal medicine, 1993, 153: 186-208.
11. National Institutes of Health. The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detecction, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. NIH Publication; November 1997.
12. Porrata C, Hernandez M, Arguelles J, M. Recomendaciones Nutricionales y Guías de Alimentación para la Población Cubana. Edit Pueblo y Educacion; 1996: 14,26,27.

13. Puska P, Tuomilehto J, Nissinen A, Vartiainen E. The North Karelia Project. 20 Years Results and Experiences. Helsinki 1995.
14. The Trials of Hipertension Prevention Collaborative Research Group. The effects of nonpharmacologic interventios on blood presssure of persons with high normal levels. Journal of the American Journal Association, 1992, 267: 1213-1220.
15. Towards a Healty Russia. Policies and strategies for the Prevention of Cardiovascular and Other Noncommunicable disease within the context of Public Healt Reforms in Russia. Executive Summary. 1997.
16. Programa Nacional de Hipertensión Arterial de la República de CUBA. 2001.
17. VI reporte JNC comité nacional conjunto sobre la prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial E.U.A 1997
18. Manejo de la hipertensión Norman Kaplan, M.D 5ta edición 1995.

- 19.Revista Peruana de Cardiología. Sociedad Peruana de Cardiología Vol XXIII N| 3 Setiembre –Diciembre 1997.
- 20.ACCSAP, ACC, AHA. Hipertensión arterial 2000 Vol. 9 Pag. 24-37.
- 21.Diagnostico y tratamiento en Cardiología. Michael. H. Crawford, MD. 1997 Cap 13. Pag221-242.
- 22.Tratado de cardiología . Eugene Braunwald Vol I.Cap 26-27.
- 23.VII reporte JNC comité nacional conjunto sobre la prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial E.U.A 2003
- 24.Permanet Journal,. How Shall We Manege Isolated Systolic Hypertension In Older Adults? Case Example And Suggesti3ns. Geriatric Winter 2003/Vol 7, No 1