

11226
103

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



SUBDELEGACION GENERAL MEDICA
JEFATURA DE ENSEÑANZA E INVESTIGACION
DELEGACION 3 SUROESTE

HOSPITAL GENERAL DE ZONA Y UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR
No. 8 SAN ANGEL

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
DIVISION POSGRADO

PERFIL DE RIESGO PARA ENFERMEDAD
CARDIOVASCULAR EN PACIENTES HIPERTENSOS

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

POSGRADO DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

DRA. MARIA DE LOURDES VAZQUEZ ARREOLA

ASESORES: DR. ENRIQUE NORIEGA MARTINEZ
DR. EDUARDO GONZALEZ MONTOYA



2857.56

2000



Universidad Nacional
Autónoma de México

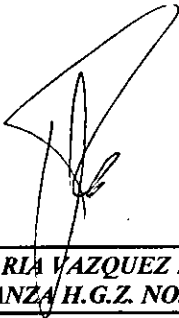


UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

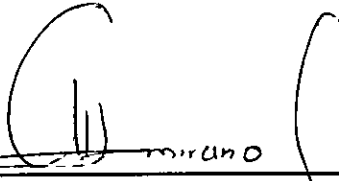
DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).


El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



DRA ROSA MARIA VAZQUEZ ENRIQUEZ
JEFE DE ENSEÑANZA H.G.Z. NO.8 SAN ÁNGEL



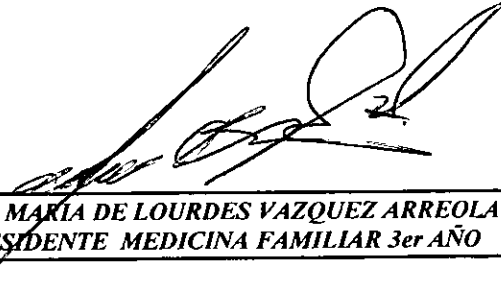
DRA M.BEATRIZ ALTAMIRANO GARCIA
COORDINADOR DE RESIDENCIA MEDICINA FAMILIAR



DR. ENRIQUE NORIEGA MARTINEZ
ASESOR DE TESIS



DR. EDUARDO GONZALEZ MONTOYA
ASESOR DE TESIS



DRA MARIA DE LOURDES VAZQUEZ ARREOLA
RESIDENTE MEDICINA FAMILIAR 3er AÑO

INDICE

<i>INDICE</i>	<i>1</i>
<i>TITULO</i>	<i>2</i>
<i>RESUMEN</i>	<i>3</i>
<i>ANTECEDENTES</i>	<i>5</i>
<i>OBJETIVO</i>	<i>10</i>
<i>MATERIAL Y METODOS</i>	<i>11</i>
<i>RESULTADOS</i>	<i>12</i>
<i>DISCUSION</i>	<i>14</i>
<i>CONCLUSIONES</i>	<i>15</i>
<i>GRÁFICAS</i>	<i>16</i>
<i>BIBLIOGRAFIA</i>	<i>30</i>

TITULO

**PERFIL DE RIESGO PARA
ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR EN
PACIENTES CON HIPERTENSIÓN
ARTERIAL SISTEMICA PRIMARIA EN
EL H.G.Z. NO 8 SAN ANGEL**

RESUMEN

TITULO

Perfil de riesgo para enfermedad cardiovascular en pacientes con hipertensión arterial sistémica primaria en el H.G.Z y U.M.F. no 8 San Angel

OBJETIVO

*Determinar el riesgo cardiovascular en pacientes con hipertensión primaria sistémica de la consulta de Medicina Familiar del H.G.Z. y U.M.F. no 8 San Ángel
Determinar cuales factores de riesgo prevalecen en los pacientes con hipertensión de la consulta externa de Medicina familiar del H.G.Z. y U.M.F. no 8 San Ángel.*

MATERIAL Y METODOS

Se aplicaron 215 encuestas sobre los factores de riesgo a pacientes con H.A.S. en los que se incluyeron sexo edad, tiempo de evolución de H.A.S., historia de tabaquismo, actividad física, antecedentes familiares de Diabetes mellitus tipo 2, H.A.S. dislipidemias, tipo de tratamiento, ingresos a urgencias por descontrol, enfermedades asociadas, se obtuvo índice de masa corporal e índice radio cintura cadera, así como determinaciones sanguíneas de glucosa, colesterol y triglicérido.

DISEÑO

Longitudinal, transversal y descriptivo.

RESULTADOS

*Se aplicaron 215 encuestas de las cuales el 39.1% correspondieron al sexo masculino y 60.9% al sexo femenino, se reporto T/A optima 1.39%, normal 6.51%, normal elevada 26.97%, fase 1 el 61.86%, fase 2 el 2.32%, fase 3 el 0.95%, obesidad grado uno 26.98%, grado dos 40.46%, grado tres 4.65%, sobrepeso 16.28%, peso ideal 11.63%, distribución central de la grasa hombres 83.34% y mujeres 53.43%.
Duración de la hipertensión <10 años 67.90%, 11-20 años 22.30% y > 21 años 9.80%, antecedentes heredofamiliares para Diabetes tipo 2, 60%, H.A.S. 65.58%, dislipidemias 28.83%, tabaquismo 33.48%, sedentario 60%, tipo de tratamiento diuréticos 19.10%, inhibidores de la e.c.a. 72.10%, calcio antagonistas 19.10%, beta bloqueadores 32.10%, Ingresos a Urgencias por descontrol 45.12%, enfermedades asociadas osteoartritis 28.84%, gastritis 21.40%, colon irritable 27.44%, gota 3.25%, micosis 6.98%, glaucoma 3.25% ninguna 8.84%.
Determinaciones sanguíneas, hiperglicemia 28.83%, hipercolesterolemia 61.39%, hipertrigliceridemia 40%.*

CONCLUSIONES

Los factores de riesgo tienen una gran frecuencia en general en la población estudiada prevaleció en el sexo masculino, duración de la hipertensión más de 10 años con el 40.5%, distribución de la grasa 83.34%, antecedentes Diabetes mellitus tipo 2 58.20%, tabaquismo positivo 60.70%, sedentario 86.90%, hiperglicemia 58%, hipertrigliceridemia 68.60%.

En el sexo femenino prevaleció edad mayor de 50 años, 71.10%, T/A fase 2 64.90%, obesidad grado 2 42.70%, antecedente de H.A.S. 59.60%, antecedentes heredofamiliares de dislipidemias 58.10%, e hipercolesterolemia 61.39%

Concluyendo que los factores de riesgo modificables prevalecen en el sexo masculino y los factores que no son sensibles a modificación prevalecen en el sexo femenino.

**H.A.S: Hipertensión arterial sistema*

**T/A: Tensión arterial*

ANTECEDENTES

Desde hace años las enfermedades cardiovasculares ocupan los primeros lugares de morbi-mortalidad, por lo que se han realizado múltiples estudios donde se han descrito factores de riesgo los cuales con llevan a dicha patología, basta lo anterior para comprender la importancia de practicar en todos los pacientes mayores de 20 años un examen medico, en forma correcta y completa del aparato cardiovascular. (1,2,11,19)

Un factor de riesgo es una característica del individuo que esta relacionada con la posible aparición futura de una determinada enfermedad, la relación entre la característica individual y la enfermedad se establece mediante estudios de seguimiento epidemiológico de nuestra población de tal modo que posteriormente es posible predecir para otros, individuos, según los rasgos que presentan el riesgo relativo que tiende a contraer enfermedad.(2,8,11)

Para aceptar que una determinada característica contribuye como un factor de riesgo para el individuo se requiere de comprobación: (2,,8,15,20)

- a) Demostrar que existe asociación significativa y consiste entre el riesgo y la enfermedad en diferentes poblaciones.(2,10,15)*
- b) Tal asociación debe ser independiente, gradual y continua incrementando la incidencia de la enfermedad con el aumento de nivel o la presencia de rasgo o factor.(2,10,15)*
- c) Se debe de establecer una relación causal con una secuencia de tiempo lógico mediante estudios prospectivos demostrando de forma clara que el factor precede a la enfermedad.(2,10,15)*
- d) El papel causal del factor se refuerza mediante estudios clínicos de intervención controlados y también experimentales que muestran que el factor es parte de los mecanismos productores, o que modifican el desarrollo de esta o que la supresión del factor hace retroceder la presencia de manifestaciones de la enfermedad.(2,10,15)*

Se han descrito factores de riesgo dependientes de características demográficas como la edad, el sexo, o la raza (10) otros factores de riesgo están ligadas a características personales como la hipertensión arterial, hiperglicemia, obesidad, tabaquismo, dislipidemias en ocasiones los hábitos de una determinada cultura o nivel de desarrollo, lo que contribuye el factor de riesgo, tal es el caso del consumo de tabaco la vida sedentaria o las transgresiones dietéticas.(15)

Matizando todos los factores de riesgo, existen características hereditarias individuales y familiares, desde nuestro punto de vista, es útil considerar factores modificables a los que son susceptibles de cambio a nivel individual o colectivo, dando lugar a modificaciones subsecuentes en el riesgo.(13)

La causa de las enfermedades estaba históricamente ligada a los agentes etiologicos, generalmente únicos, traumáticos o infecciones a nivel de la década de los cuarenta se comenzó a estudiar en la población general los factores de riesgo como una causa efecto de las enfermedades.(15)

La hipertensión arterial sistémica esencial es la enfermedad crónica más frecuente en nuestro medio 5 veces más común que la diabetes mellitus afectando particularmente a mayores de 20 años y si bien ello basta para resaltar su importancia y su repercusión sobre la esperanza y calidad del paciente hipertenso donde radican los aspectos mas detectables del paciente por ejemplo: edad sexo, sedentarismo, obesidad, hiperglicemia, dislipidemias, tabaquismo.(1,2,22)

Considerada como terreno del cardiólogo la hipertensión arterial sistémica contribuye un factor de riesgo para el desarrollo de complicaciones agudas y crónicas, no solo cardiovasculares sino renales y del sistema nervioso central.(1)

La investigación epidemiológica realizada en las ultimas décadas innatas y adquiridas de su efecto sobre la mortalidad y morbilidad antes de contar con los resultados de los grandes estudios epidemiológicos existían diversas suposiciones erróneas que restaban importancia, a la hipertensión arterial como factor de riesgo cardiovascular.(8)

El riesgo de enfermedad cardiovascular en pacientes con hipertensión se determina no solo con cifras tensionales, sino también por la presencia o ausencia de lesión en los órganos diana u otros factores de riesgo como lo son tabaquismo, dislipidemias, hiperglucemia, obesidad, sedentarismo, e hipertrofia ventricular izquierda.(2,3,9,11)

La hipertensión arterial se define como tensión arterial sistólica de 140 mmhg o más y de una tensión arterial diastólica de 90 mmhg o más, o como la toma de medicación antihipertensiva, el objetivo de identificar y tratar la hipertensión arterial es reducir el riesgo de enfermedad cardiovascular y la morbilidad y mortalidad que conlleva asociadas a tal fin es útil proporcionar la clasificación de la tensión arterial en adultos con el propósito de identificar los individuos de riesgo elevado y proporcionar pautas para su seguimiento y tratamiento.(5)

Hace tiempo que viene reconociéndose la relación positiva entre la tensión arterial sistólica y diastólica y el riesgo de enfermedad cardiovascular dicha relación es fuerte, continua, gradual, consistente, independiente, predictiva y etimológicamente significativa para aquellas personas con o sin enfermedad coronaria.(5)

La clasificación esta basada en la media de dos o más lecturas de la tensión arterial.(5)

Clasificación de la tensión arterial para adultos

Categoría	Sistolica (mmhg)		Diastolica(mmhg)
Optima	<120	y	<80
Normal	<130	y	<85
Normal elevada	130-139	o	85-89

Hipertensión

Fase 1	140-159	o	90-99
Fase 2	160-179	o	100-109
Fase 3	>o= 180	o	>o=110

La edad es sin duda un factor importante, y se incrementa el riesgo de padecer enfermedad cardiovascular posterior a los 50 años de vida considerando exclusivamente el sexo, la hipertensión arterial sistema es de mayor prevalencia en el sexo masculino que en el femenino con una relación 1.1:1.0 y 1.4:1.0 respectivamente, esta relación es dependiente de la edad ya que se invierte después de la quinta década de la vida , durante la cual será más frecuente en el sexo femenino.(2)

El tabaquismo es un factor de riesgo para cardiopatía isquémica y para el resto de enfermedades cardiovasculares, esto es un hecho probado por diversos estudios epidemiológicos longitudinales.(11)

Dentro de una determinada comunidad, el riesgo de padecer cardiopatía isquémica, esta directamente relacionada con la frecuencia y características del hábito del tabaquismo, esta relación es constante independientemente de otros factores de riesgo y con otro valor pronóstico, es por lo que a pesar de no estar del todo esclarecido los mecanismos por los que actúa se considera que la asociación tabaco cardiopatía isquémica es causal, el tabaquismo se ha relacionado fundamentalmente con el infarto agudo al miocardio y con la muerte súbita en el varón estando en relación directa con la cantidad de tabaco consumida por cada 10 cigarrillos al día se incrementa la mortalidad cardiovascular en un 18% en hombres y el 31% en las mujeres, para cardiopatía isquémica, enfermedad cerebrovascular e insuficiencia cardíaca sea cual sea la cifra de tensión arterial.(12)

El consumo de tabaco es un factor de riesgo independiente y además interactiva con los factores de riesgo como son la hipertensión y sobre todo con las dislipidemias, el tabaco reduce el nivel de las lipoproteínas de baja densidad, siendo significativa la diferencia entre fumadores y no fumadores, también se ha observado el beneficio cardiovascular al dejar de fumar en diversos grupos experimentales al cabo de un año aproximadamente.(11,12)

La obesidad tiene en particular una participación importante ya que produce y acelera el proceso de arteriosclerosis y por ende en cardiopatía isquémica mediante dos efectos indirectos, por un lado su efecto sobre los niveles de lipoproteínas de baja densidad y por otro lado, la exacerbación de la hipertensión arterial sistema en las personas obesas existe una predisposición a la hipertensión arterial, infarto, varices, problemas de columna vertebral, diabetes mellitus, disfunción pulmonar etc. Demostrada la íntima relación entre obesidad y las alteraciones fisiológicas, los obesos son generalmente personas angustiadas y que en un porcentaje elevado, niegan comer alimentos que causan obesidad siendo la causa principal en el aporte energético superior a la demanda o gasto, considerando en un 85% de los casos la causa. (2,5,11,13,22)

El exceso de peso calculado por índice de masa corporal (peso en kg. dividido por la altura en metros al cuadrado) de 27.5 o más esta estrecha relación con hipertensión arterial sistema, la acumulación de la grasa en la parte superior del cuerpo (visceral o abdominal) evidencia una circunferencia de 85 cm en cintura o más en mujeres y de 98 cm o más en hombres recordando que el índice cintura cadera en hombres igual o mayor de 1.0 y en mujeres menor o igual a 0.8 también esta relacionado con el riesgo de hipertensión, dislipidemia, diabetes y mortalidad por enfermedad coronaria, la reducción de peso aunque solo sea de 4-5 kg. disminuye la tensión arterial. Considerando que el aumento del 10% del peso corporal eleva la presión arterial sistólica 6.5 mmhg aproximadamente, el colesterol plástico 12 mg/dl y la glicemia en ayunas 2 mg/dl. (2,5,11,13)

La intolerancia a la glucosa y la diabetes mellitus tipo 2 se asocian comúnmente a hipertensión arterial sistema hay evidencias suficientes de que la resistencia a la insulina produce alteraciones en el metabolismo intermedio de los hidratos de carbono, lípidos y proteínas, acompañándose de hiperglucemia produciendo lesiones vasculares y neurológicas, cabe mencionar que la resistencia a la insulina debe de estar asociada a otras alteraciones como retención de sodio hiperactividad simpática, trastornos iónicos de membrana alterada proliferación del músculo liso vascular para producir daño cardiovascular. (7,13)

Recientemente se ha señalado a la hiperinsulinemia en función de la presión arterial diastólica si bien es cierto que la hiperinsulinemia se señala como un factor de riesgo cardiovascular, en pacientes con insulinomas sin resistencia a la insulina aunque un incremento del colesterol total y de los triglicéridos no hay ascenso de la presión arterial, entonces el fondo común de este síndrome metabólico cardiovascular parece ser la resistencia a la insulina. (7,13)

Ya desde principios de siglo aparecen publicaciones en las que demuestran una asociación entre colesterol sérico y la arteriosclerosis en seres humanos, el interés por esta relación va incrementando con el paso del tiempo en las últimas décadas se

han realizado diversos estudios epidemiológicos interesados en los factores de riesgo cardiovascular, en los que se incluye la relación entre los niveles de colesterol y las coronariopatías, en ellos se han establecido firmemente que el colesterol serico aumentado es uno de los principales factores de riesgo, los lípidos son transformados en el plasma en forma de conglomerados globulares de moléculas de grasas y proteínas, formando las lipoproteínas dependiendo de su densidad en ultracentrífuga, su desplazamiento electroforético, la composición de su núcleo (ésteres de colesterol o triglicérido) y la de la dotación de la cubierta, estos cinco tipos de separación inicialmente por ultracentrifugación, en la actualidad se puede definir el tipo de lipoproteína mediante la determinación en plasma de tres componentes.(12,14)

La dislipidemia es un factor de riesgo independiente de enfermedad coronaria así vemos que la dieta y terapia farmacológica de ser necesario constituyen una medida importante en el tratamiento antihipertensivo o por ende disminuye el riesgo cardiovascular.(11)

La hipertensión arterial ocasiona hipertrofia concéntrica ventricular izquierda y en estadios avanzados, infarto agudo al miocardio e insuficiencia cardíaca predominante por disfunción ventricular izquierda, puesto que este constituye un factor de riesgo independiente cuya existencia requiere modificaciones en la terapia.(10)

El control de la hipertensión arterial a través de las medidas farmacológicas disminuye la hipertrofia ventricular, la incidencia de arritmias ventriculares, insuficiencia cardíaca, la enfermedad cerebrovascular, insuficiencia renal crónica así como la mortalidad por estas dos.(12)

El sedentarismo es un factor de riesgo coronario independiente paralelamente a los riesgos relativos del tabaquismo, la hipertensión y las dislipidemias.

JUSTIFICACION

La hipertensión arterial es una enfermedad la cual es motivo de preocupación por la morbi-mortalidad, lo cual ha dado lugar para investigar la prevalencia, de lo cual debe partir y derivar acciones y recursos para el control, se han realizado múltiples estudios en varias poblaciones con o sin semejanza, a nivel nacional e internacional, con lo que se justifica la importancia de mejorar la precisión y exactitud de su control para mejorar la calidad de vida.

Ahora se le concede más importancia a la relación hipertensión arterial con morbi-mortalidad cardiovascular subsecuente, pero además con la asociación de factores de riesgo, se sabe que las cifras tensionales elevadas ponen en peligro la salud del individuo y de la población, anteriormente no se contaba con información sobre este dato como factor de riesgo, estudios epidemiológicos lo confirman.

Las publicaciones de consenso reciente, expresan la importancia de mantener las cifras tensionales dentro de parámetros normales, para optimizar el beneficio de la prevención, favoreciendo la oportunidad de intervención para guiar y mejorar la vigilancia epidemiológica hacia el control de la enfermedad haciendo énfasis sobre la necesidad de investigar simultáneamente la presencia de factores de riesgo cardiovascular de aquí la necesidad de conocer su prevalencia difundir los resultados para aumentar las acciones sobre la modificación de estos en el paciente y así mejorar la calidad de vida del paciente hipertenso.

OBJETIVO

Determinar el perfil de riesgo cardiovascular en pacientes con hipertensión arterial sistema primaria de la consulta de medicina familiar del H.G.Z y U.M.F. no 8 San Angel

Determinar cuales factores de riesgo, obesidad, tabaquismo, sedentario, dislipidemias, hiperglucemia, edad mayor a 50 años, antecedentes familiares de Diabetes mellitus tipo 2, hipertensión y dislipidemias prevalece en los pacientes con hipertensión arterial sistema primaria.

MATERIAL Y METODOS

Se aplicaron encuestas sobre los factores de riesgo a los pacientes con hipertensión arterial sistema primaria hombres y mujeres durante su visita mensual al médico familiar del H.G.Z. y U.M.F no 8 San Angel.

En el cuestionario se incluyeron sexo, edad, tiempo de evolución de la hipertensión, historia de tabaquismo, considerandose positivo si el paciente había consumido 5 o más cigarrillos al día en los últimos 10 años, antecedentes familiares de Diabetes mellitus tipo 2, hipertensión, dislipidemias, tipo de tratamiento, sedentarismo de acuerdo a la actividad física, si el paciente había ingresado a Urgencias por descontrol hipertensivo, así como enfermedades asociadas.

Se les tomo peso talla para determinar IMC y clasificar grado de obesidad e índice radio cintura cadera con medición de estas, se solicito determinaciones en sangre de glucosa colesterol y triglicéridos con un ayuno mínimo de 8 hrs.

Se consideraron factores de riesgo cardiovascular edad mayor de 50 años, tabaquismo positivo, obesidad, duración de las hipertensión mayor de 10 años, antecedentes heredofamiliares positivos para Diabetes mellitus tipo 2, hipertensión y dislipidemias así como determinaciones en sangre mayores de: para glucosa >126 mg/dl, colesterol >200 mg/dl, triglicérido > 300 mg/dl.

La población estudiada cumplió con los siguientes criterios:

Inclusión:

Pacientes con hipertensión arterial sistema primaria

Edad de 20-65 años

Ambos sexos

Derechohabientes del H.G.Z. y U.M.F. no 8 IMSS

Ambos turnos de la consulta externa de M. Familiar.

Pacientes que acudan a control regularmente

Que deseen participar

Que sepan leer y escribir

Los pacientes que no cumplieron con estos criterios no fueron incluidos.

Análisis estadístico: Se utilizo la estadística descriptiva reportándose los resultados con calculo de frecuencia y porcentaje expresados en gráficas y tablas.

RESULTADOS

Se incluyeron 215 pacientes, 84 hombres (39.1%) y 131 mujeres (60.9%) gráfica 1. La edad de los pacientes oscila entre 31 y 65 años, teniendo mayor frecuencia en el intervalo de 61-65 años (37.2%) gráfica 2.

Se toma la TA a los pacientes en las condiciones preestablecidas encontrándose óptima en 3 (1.38%), normal 14 (6.51%), normal elevada 58 (26.97%), fase uno 133 (61.86%), fase dos 5(2.32%) y fase tres 2(0.95%) prevaleciendo en el sexo femenino, gráfica 3.

Los factores de riesgo cardiovascular identificados fueron obesidad grado 1=58 casos(26.98%) grado 2= 87 casos (40.46%), grado 3=10 casos (4.65%), en 35 casos (16.28%) solo se presenta sobrepeso y con peso ideal 25 casos (11.65%) con mayor prevalencia en el sexo femenino gráfica 4, en cuanto a la distribución central de la grasa medido por en Índice radio cintura cadera en el sexo masculino fue de 70 casos (83.34%) y en el sexo femenino 70 casos (53.43%) gráfica 5 y 5 bis.

El tiempo de padecer hipertensión arterial sistémica primaria fue menos de 10 años 146 casos (67.90%) de 11-20 años 48 (22.30%), más de 21 años (9.80%) con prevalencia en el sexo femenino. Gráfica 6.

Antecedentes heredofamiliares de Diabetes tipo 2 129 (60%), prevaleciendo en el sexo masculino, hipertensivos 141 (65.58%) y dislipidemias 62 (28.83%) ambos con mayor prevalencia en el sexo femenino. Gráfica 7.

Tabaquismo positivo 72 (33.48%), sedentarismo 129 (60%) con mayor prevalencia en el sexo masculino gráfica 8.

Tipo de tratamiento diuréticos 41 (19.10%), inhibidores de la ECA 155 (71.10%), calcio antagonistas 41 (19.10%), betabloqueadores 69 (32.10%) Gráfica 9

Ingresos a Urgencias por descontrol hipertensivo 97(45.12%) gráfica 10.

Las enfermedades asociadas a hipertensión fueron osteoartritis(28.84%) gastritis 46(21.40), colón irritable 59 (27.44%). Gota 7 (3.25%), micosis 15 (6.98%), glaucoma 7 (3.25%), Ninguna 19 (8.84%).Gráfica 11.

El laboratorio reporto hiperglucemia 62 pacientes (28.83%) hipertrigliceridemia 80 (40%) ambas con mayor frecuencia en el sexo masculino, hipercolesterolemia 132 (61.19%) prevaleciendo en el sexo femenino. Gráfica 12

La distribución de los factores de riesgo por género se muestra en la tabla 1, donde se muestra mayor prevalencia para el sexo femenino de edad mayor de 50 años, antecedentes familiares de hipertensión y dislipidemias, hipertensión de más de 10 años de evolución, obesidad grado 2, hipertrigliceridemia así como mayor ingreso a urgencias por descontrol, en tanto para el sexo masculino prevalecieron los antecedentes de diabetes mellitus tipo 2, distribución central de la grasa, tabaquismo y sedentario así como hiperglucemia e hipertrigliceridemia.

DISCUSION

A través de múltiples estudios clínicos, que se han realizado para conocer la génesis de las enfermedades cardiovasculares se han establecido una relación con factores de riesgo encontrándose tres principalmente, los cuales tienen un valor predictivo, siendo estos las dislipidemias, tabaquismo e hipertensión.

La hipertensión arterial sistémica primaria por sí sola es un factor para enfermedad cardiovascular sobre todo si las cifras se encuentran elevadas, si a ello se le añade una característica que se considere como factor de riesgo, que ya se han mencionado, aumenta la probabilidad de padecer enfermedad cardiovascular tomando en cuenta que algunos de los factores de riesgo son modificables, nace la necesidad de incrementar las acciones de prevención primaria para la salud con enfoque a la disminución y de ser posible erradicación de dichos factores para mejorar la calidad de vida y por ende disminución de las enfermedades cardiovasculares que en las últimas décadas han tenido un incremento considerable.

Se deberá trabajar con mayor énfasis en las poblaciones de alto riesgo fomentar el apego al tratamiento médico, así como establecer un programa integral del paciente hipertenso, campañas de detección de hipertensión, así como programas y estrategias para disminuir o eliminar tabaquismo, sedentario y mejorar los hábitos alimenticios.

Tomando en cuenta que el tabaquismo se presentó en el 33.48% de la población estudiada considerando que este factor aumenta 20 veces la probabilidad de enfermedad cardiovascular por los cambios que el tabaco produce en sangre, favoreciendo trombosis.

En cuanto a las dislipidemias son más frecuentes en las personas obesas debido a los hábitos alimenticios, que también son modificables, sobre todo las lipoproteínas de baja densidad, tomando en cuenta que el presente estudio la hipercolesterolemia se presentó en el 61.39% que es un valor alto, que nos permite saber que más de la mitad de la población tiene este problema por lo que habrá de trabajar en mejoras de los hábitos alimenticios, disminuir peso corporal y fomentar el ejercicio para eliminar este factor.

La hiperglucemia se presentó en el 28.83% la cuál no podríamos establecer como diabetes mellitus tipo 2, ya que esta se presentó en pacientes obesos y no se realizó prueba de tolerancia a la glucosa ya que no era el objetivo del estudio.

El resto de los factores de riesgo como lo son edad mayor de 50 años, hipertensión de más de 10 años de evolución antecedentes heredofamiliares no son susceptibles a modificación por lo que tienen más bien un valor pronóstico para la enfermedad.

CONCLUSIONES

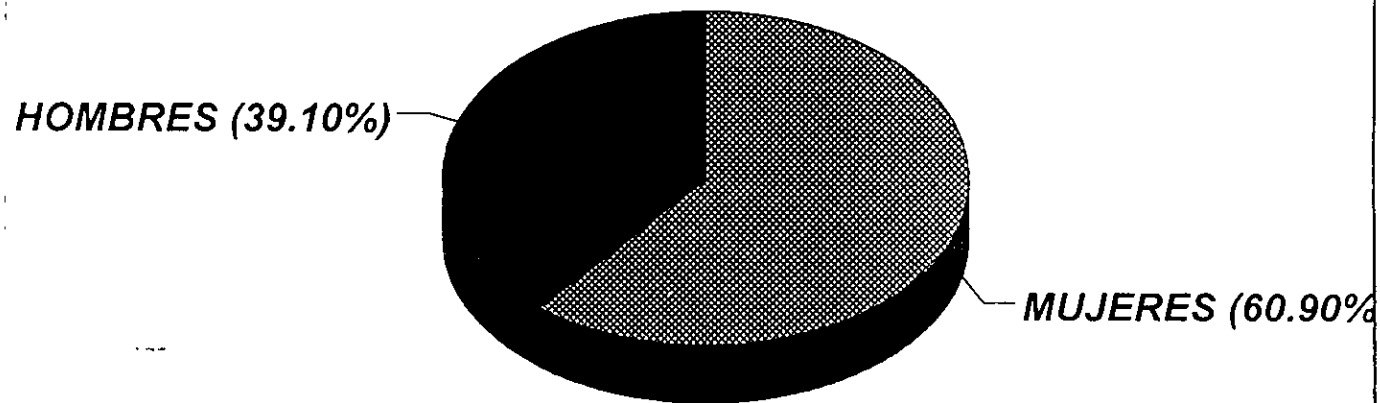
Los hallazgos de este trabajo muestran una elevada proporción de factores de riesgo cardiovascular agregados a la hipertensión arterial en los pacientes estudiados, la mayor parte de dichos factores son modificables por lo que habrá que reforzar las campañas para disminuir el impacto y lograr una disminución del riesgo coronario, incluyendo acciones de prevención y promoción de la salud integradas en la actividad asistencial cotidiana de las unidades de medicina familiar

Por lo anterior consideramos que el control integral del paciente hipertenso mayor a los 30 años debe de ser minucioso incluyendo historia clínica completa hacer énfasis sobre los factores de riesgo que son susceptibles a modificación, así como solicitud de exámenes de laboratorio (glucosa, colesterol y triglicéridos) fomentar el deporte, llevar un control adecuado e individualizado, brindando orientación específica para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Esperamos que el presente trabajo sea el inicio que genere la inquietud del control más estrecho del médico hacia el paciente ya que como médicos de familia debemos de fomentar el apego al tratamiento, en cuanto a medicamento y sobre todo generar en los pacientes un cambio en el estilo de vida para mejorar su salud.

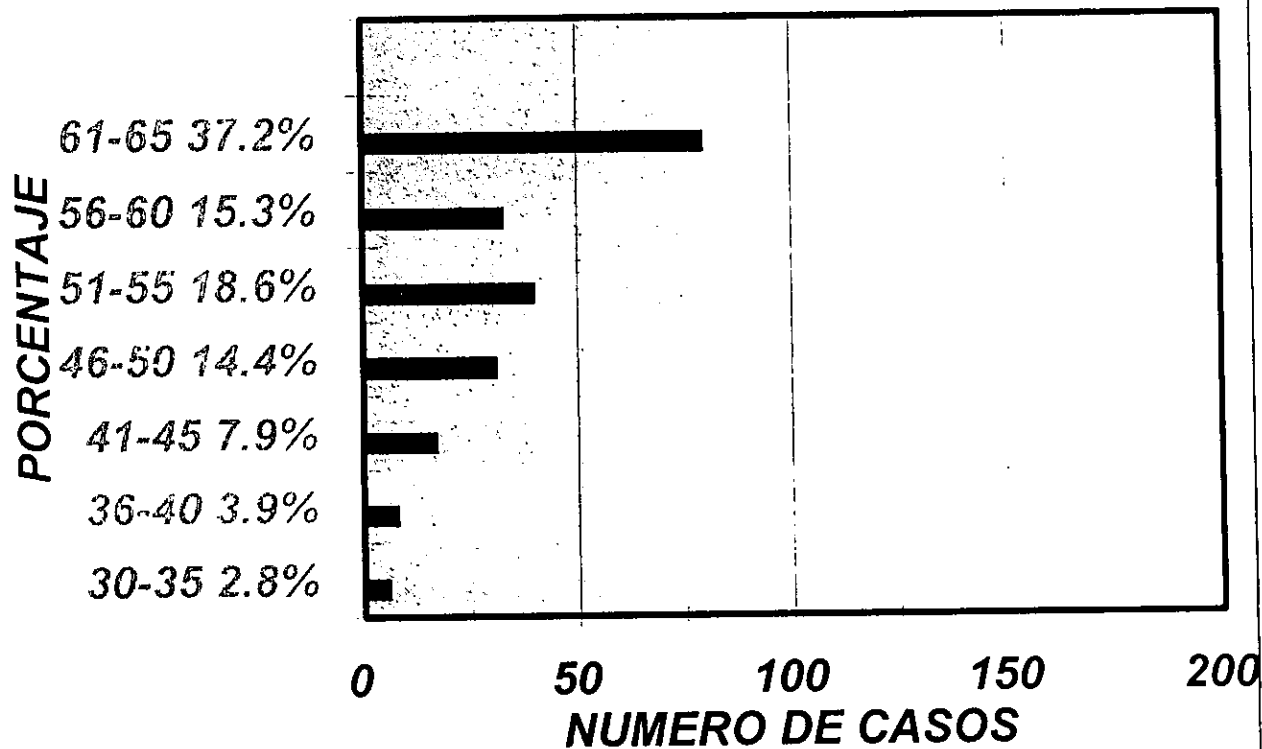
DISTRIBUCION POR SEXO

GRAFICA 1



DISTRIBUCION POR GRUPO DE EDAD

GRAFICA 2

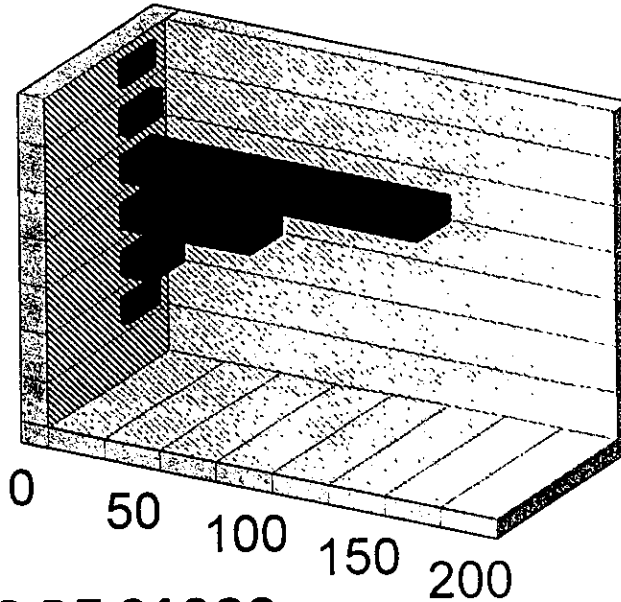


DISTRIBUCION POR CIFRAS TENSIONALES

GRAFICA 3

PORCENTAJE

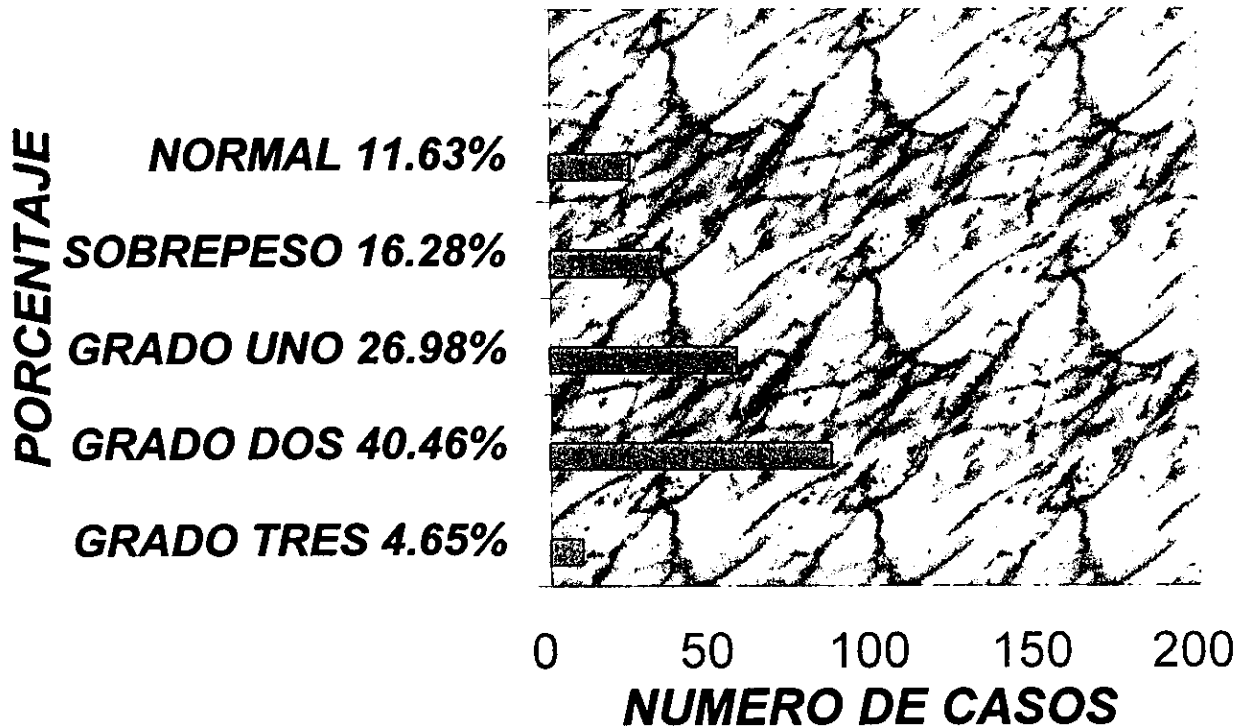
FASE 3	0.95%
FASE 2	2.32%
FASE 1	61.86%
N. ALTO.	26.97%
NORMAL	6.51%
OPTIMA	1.39%



NUMERO DE CASOS

DISTRIBUCION INDICE DE MASA CORPORAL

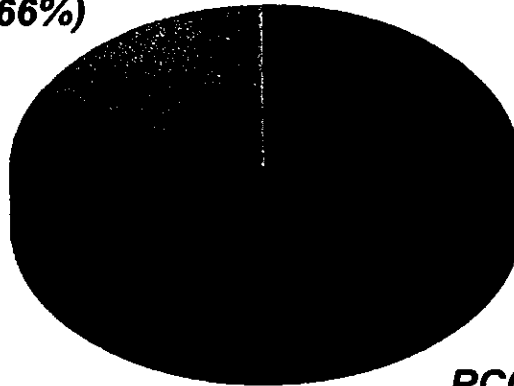
GRAFICA 4



RADIO CINTURA CADERA (RCC) HOMBRES

GRAFICA 5

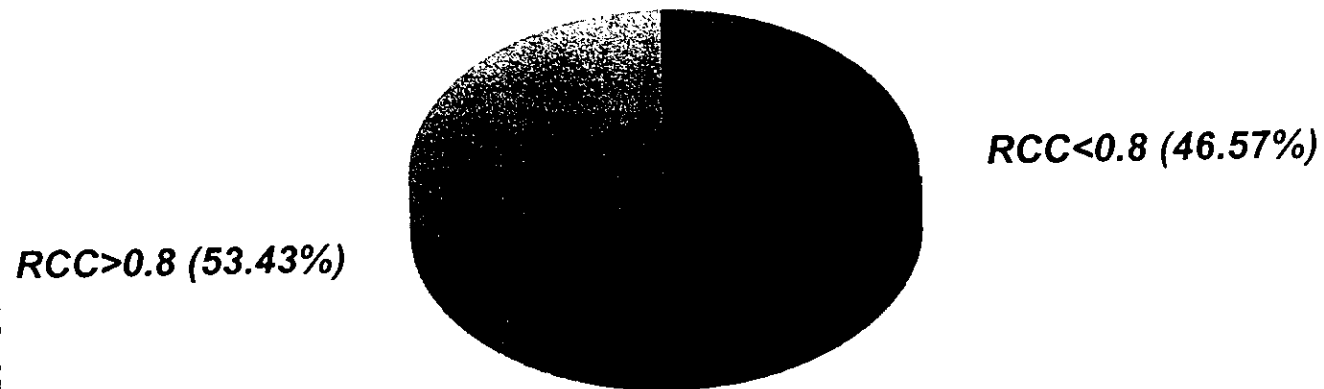
RCC > 1.0 (16.66%)



RCC < 1.0 (83.34%)

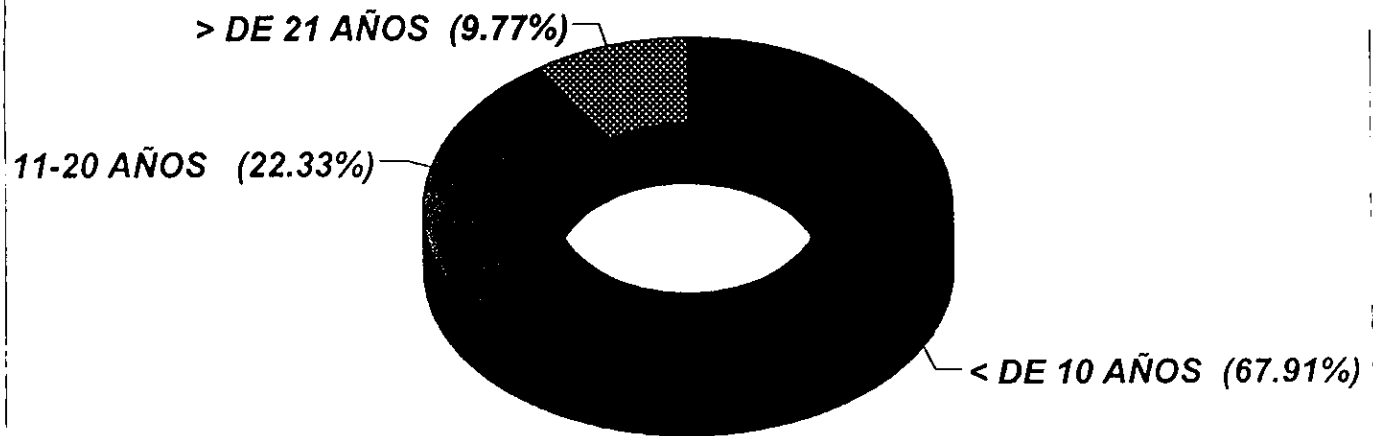
RADIO CINTURA CADERA (RCC) MUJERES

GRAFICA 5 BIS



TIEMPO DE EVOLUCION DE HAS

GRAFICA 6



ANTECEDENTES FAMILIARES POSITIVOS

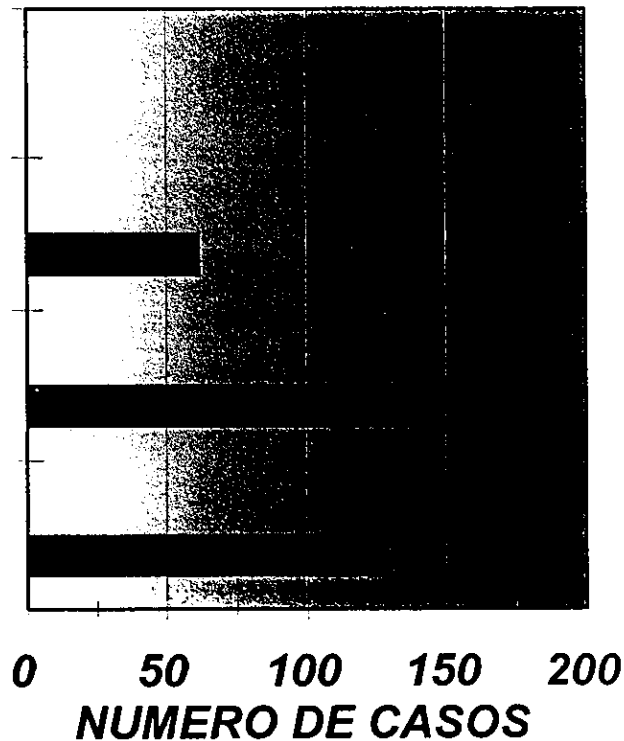
GRAFICA 7

PORCENTAJE

DISLIPIDEMIAS 28.83%

HIPERTENSION 65.58%

DIABETICOS TIPO 2 60%

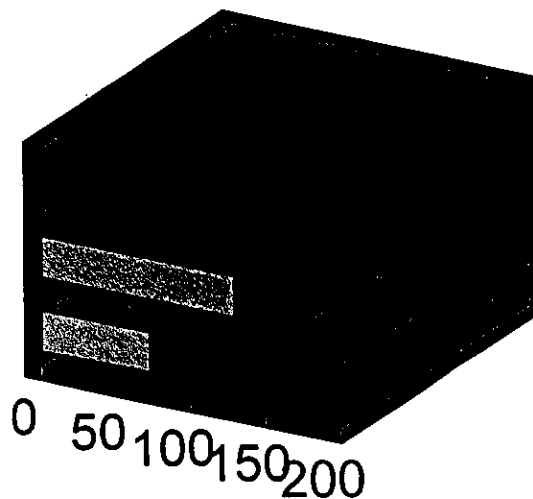


TABAQUISMO Y SEDENTARISMO POSITIVO

GRAFICA 8

PORCENTAJES

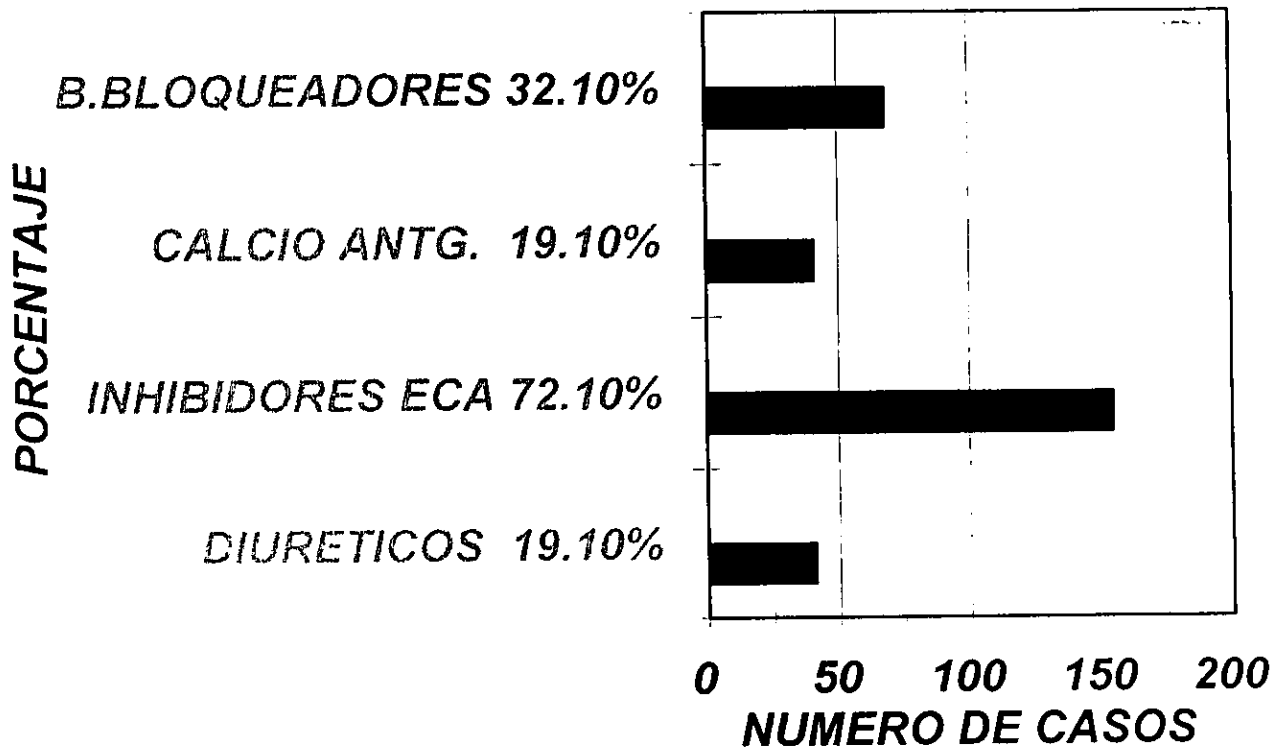
SEDENTARISMO 60%
TABAQUISMO 33.48%



NUMEROS DE CASOS

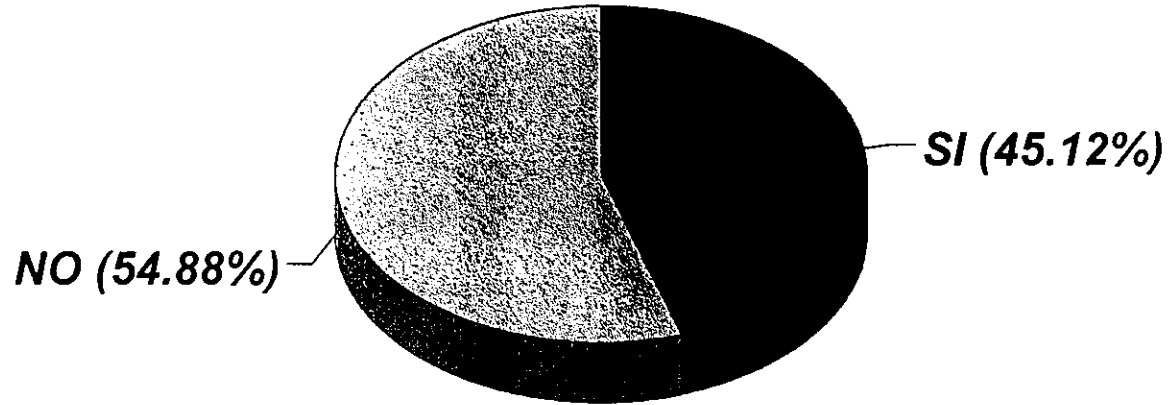
TIPO DE TRATAMIENTO

GRAFICA 9



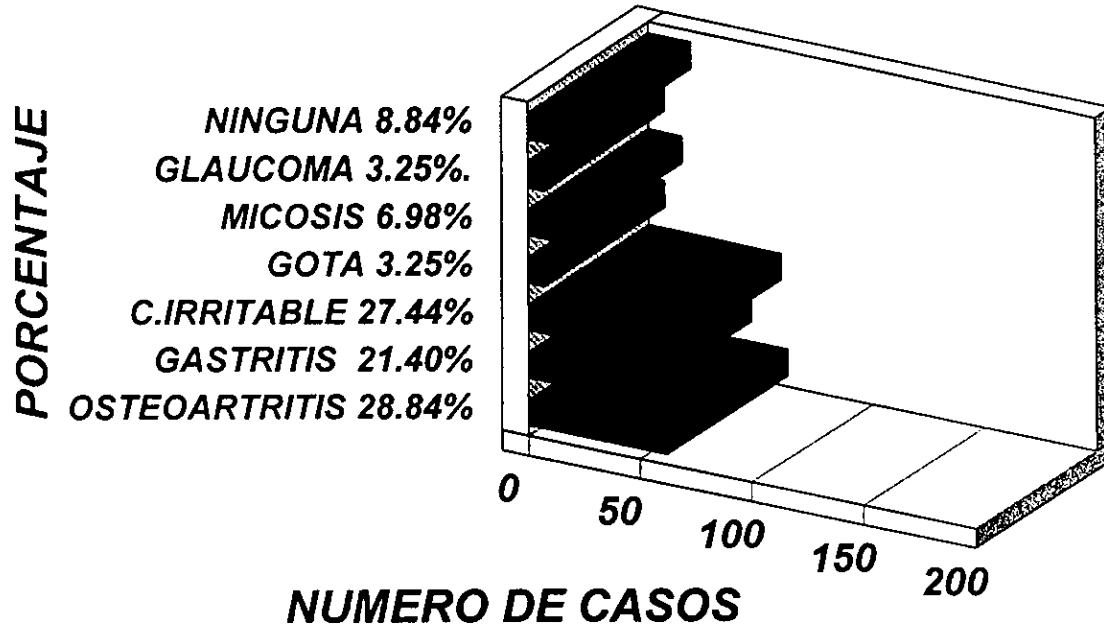
INGRESOS A URGENCIAS POR DESCONTROL

GRAFICA 10



ENFERMEDADES ASOCIADAS

GRAFICA 11



DETERMINACIONES EN SANGRE

GRAFICA 12

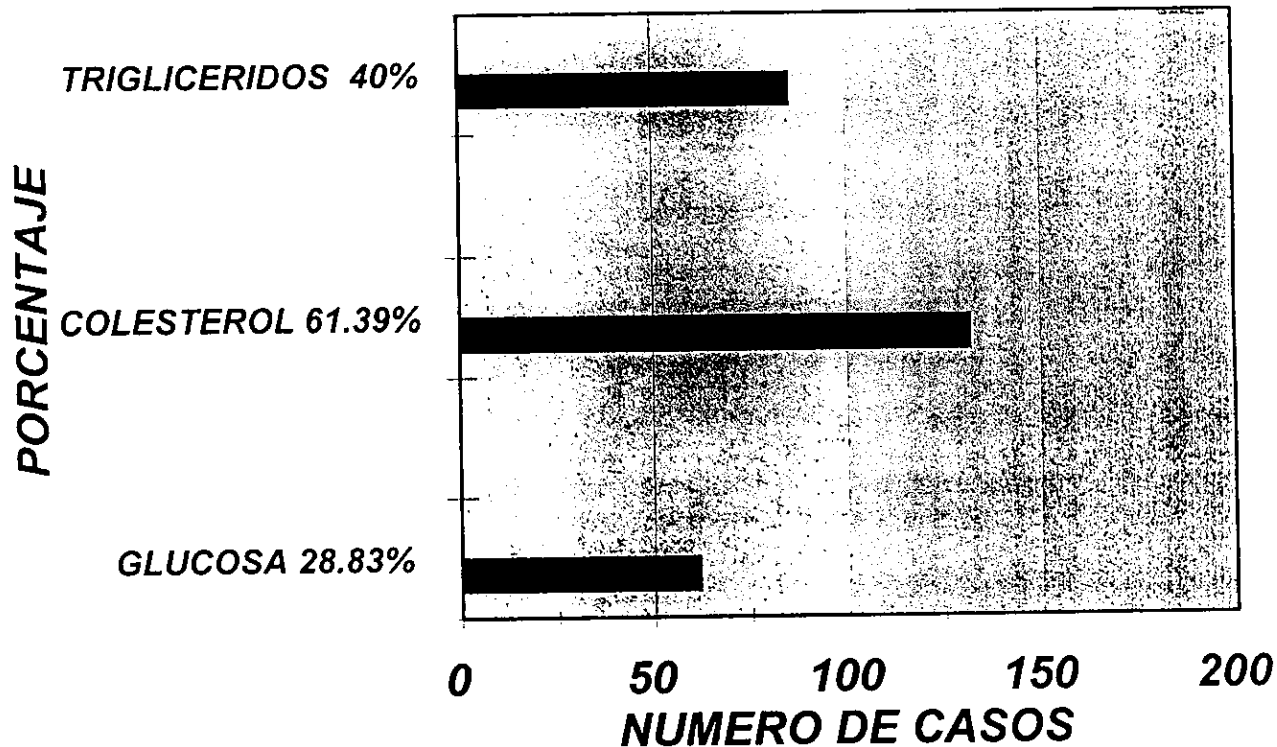


TABLA 1**PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR
POR SEXO**

	MASCULINO	FEMENINO
EDAD MAYOR DE 50 AÑOS	63.08%	* 71.10%
T/A FASE 2	57.10%	* 64.90%
OBESIDAD GRADO 2	36.90%	* 42.70%
DISTRIBUCION CENTRAL DE LA GRASA	* 83.34%	53.43%
HAS MAYOR DE 10 AÑOS	* 40.5%	26.70%
ANT. DM. TIPO 2	* 58.20%	41.80%
ANT. DE HAS	40.40%	* 59.60%
ANT. DISLIPIDEMIAS	41.90%	* 58.10%
TABAQUISMO +	* 60.70%	16.%
SEDENTARIO	* 80.90%	46.50%
HIPERGLICEMIA	* 58%	19.84%
HIPERCOLESTEROLEMIA	37.10%	* 61.39%
HIPERTRIGLICERIDEMIA	* 68.60%	31.4

*** MAYOR PREVALENCIA**

BIBLIOGRAFIA

1. - HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA ACTUALIDADES, CLINICAS DE NORTEAMERICA 1998
2. - EPIDEMIOLOGIA DE LA HA EN MEXICO ASPECTOS HISTORICOS, MEDICINA INTERNA DE MEXICO 1997 13(6), 283-288
3. - NUEVAS PAUTAS PARA EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSION SISTEMICA MEDICINA INTERNA DE MEXICO. CESAR G. CALVO Y COLS VOL 2 ABRIL 1994
4. - RECORDANDO AL ENEMIGO SILENCIOSO; LA HIPERTENSION ARTERIAL. MEDICINA INTERNA DE MEXICO GERMAN FIGUEROA CASTREJON VOL 11 NO.2 ABRIL-JUNIO 1998
5. - PREVENCION, DETECCION, EVALUACION Y TX CON HIPERTENSION ARTERIAL, SEXTO INFORME JOINT NATIONAL COMMITTEE 1997.
6. - OBESIDAD CONCEPTOS ACTUALES, A.RAMOS CARRICARTE 1996
7. - URGENCIAS CARDIOVASCULARES MANUAL CARDENAS CECSA 1997
8. - MEDICINA INTERNA HARRISON VOL. 2 1998
9. - DIVERSIDAD EN LOS ESTUDIOS DE PREVALENCIA DE HIPERTENSION ARTERIAL. JOEL RODRIGUEZ SALDAÑA Y COLS. ARCH. INST CARDIOLOGIA MEXICO VOL 68 130-139. 1998.
10. - LA DISLIPIDEMIA ASOCIADA CON LOS ALIMENTOS. MARTHA ELENA LUENGAS Y COLS. GACETA MEDICA MEXICO VOL 133 NO.4
11. - ATROSCLEROSIS Y CARDIOPATIA ISQUEMICA. ALFONSO J.TREVIÑO GACETA MEDICA MEXICO 13,NO.4
12. - MORTALIDAD Y AÑOS DE VIDA POTENCIALMENTE PERDIDOS POR CONSUMO DE TABACO EN MEXICO ROBERTO TAPIA CONYER Y COLS.
13. - CONOCIMIENTO PUBLICA DE LOS FACTORES DE RIESGO PARA CARDIOPATIA ISQUEMICA COMPARACION ENTRE DOS POBLACIONES. VICTOR DE LA GARZA Y COLS MEDICINA INTERNA DE MEXICO. VOL 10 NO 2 ABRIL-JUNIO 1994
- 14.- QUE ES LA INSUFICIENCIA CARDIACA?. JOSE F. GUADALAJARA BOO. ARCHIVO CARDIOLOGIA MEXICO VOL 68 7-11 1998
- 15.-PREVALENCIA DE FACTORES DE RIESGO ARTERIOSCLEROSIS EN LA CIUDAD DE AGUASCALIENTES RESULTADOS DE LA ENCUESTA "DECLARACION DE AGUASCALIENTES CONTRA LA ARTERIOSCLEROSIS GUILLERMO LLAMAS ESPERON Y COLS. ARCHIVO INSTITUTO DE CARDIOLOGIA VOL 67 323-334 1997
- 16.- PREVALENCIA DE LA HIPERTENSION ARTERIAL CON DAÑO SERIO EN ORGANOS ESPECIFICOS. FRANCISCO RUBIO GUERRA. REV. FAC. MED. VOL 40 NO. 6 NOV.DIC. 1997
- 17.- COMPLICACIONES CARDIOVASCULARES. MANUEL RAMIRO HERNANDEZ Y COLS MEDICINA INTERNA NO.9 PAG 50-69
- 18.- SOBRE EL TABAQUISMO HORACIO RUBIO. REV FAC.MEDICINA UNAM VOL 40 NO.1 ENERO.FEB.1997
- 19.-DIVERSIDAD EN LOS ESTUDIOS DE PREVALENCIA DE HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMA JOEL SALDAÑA ARCHIVOS DEL INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGIA VOL 68 130-139 1998
- 20.- EFECTO DE UNA INTERVENCION EDUCATIVA EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE HIPERTENSO. ADALBERTO JORGE BARRON SALUD PUBLICA DE MEXICO. VOL 40 NO. 6 NOV. DIC. 1998
- 21.- LAS PRIORIDADES DE PREVENCION Y CONTROL DE LAS ENFERMEDADES. ALEJANDRO CRAVIOTO. REV. FAC. MED. UNAM VOL 40 NO.6 NOV-DIC. 1997
- 22.- LA OBESIDAD PROBLEMA PERSONAL Y PROBLEMA DE SALUD PUBLICA. RAFAEL ALVAREZ. REV FAC. MED. UNAM NO. JUL.AGOSTO 1997