

45

MED.
705/5
P 372 r
P 2008
107 50 08 70
1
-05
10/10/08
10/10/08

1. **Página del Título**

**RIESGO CARDIOVASCULAR EN HIPERTENSIÓN ARTERIAL
EN LA CAJA NACIONAL DE SALUD HOSPITAL OBRERO Nº2
COCHABAMBA - BOLIVIA**

AUTOR: Dra. Silvia Regina Pedrozo Gómez

Residente de 2º Año de Medicina Interna

ASESOR Dr. Corsino García.

Universidad Mayor de San Simón Facultad de Medicina Dr. Aurelio Meleán

Postgrado de la Universidad Mayor de San Simón SCEM-UMSS Cochabamba- Bolivia

Victor Aguilar Velásquez
Dr. Victor Aguilar Velásquez
 JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA
 MAT. A - 371
 C.N.S.

2008

Corsino García Escalera
Jr. Corsino García Escalera
 MP = G 208 C.N.S.

Oscar Zelaya Ibañez
Dr. Oscar Zelaya Ibañez
 SUPERV. ENSEÑANZA E INVESTIGACIÓN
 MAT. Z-92 C.N.S.

19 H

2. Resumen

Palabras claves: Riesgo Cardiovascular (RCV), Factores de Riesgo Cardiovascular (FRCV), Hipertensión Arterial esencial.

a. Planteamiento del problema: ¿Cual es el riesgo cardiovascular y factores de riesgo asociados en los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial esencial en la caja Nacional de Salud Hospital Obrero N°2 de la ciudad de Cochabamba Bolivia, en el periodo comprendido de un semestre, año 2007?

b. Objetivos Objetivo General Identificar el riesgo cardiovascular de los pacientes con diagnostico de Hipertensión arterial esencial.

Objetivos Específicos : Determinar la prevalencia de los pacientes con HTA que acuden a la consulta externa de cardiología, identificar el sexo y grupo etáreo más afectado, Identificar factores de riesgo cardiovasculares asociados, estimar el riesgo cardiovascular utilizando la escala de Framingham.

c. Diseño de la investigación: Estudio descriptivo, prospectivo, longitudinal .

d. Contexto o lugar: Hospital - 3°nivel, Caja Nacional de Salud HON°2 Cbba-Bolivia.

e. Sujetos: 1258 con diagnostico de HTA esencial sin afectación orgánica. La muestra corresponde a 105 pacientes de los cuales 82 cumplen con los criterios de inclusión.

f. Intervenciones y mediciones 1.Registro datos-pacientes 2. Identificación de FRCV 3.

Calculo - RCV según la Escala de Framingham. 4.Uso de frecuencias absolutas y relativas.

g. Resultados. La prevalencia de HTA esencial de los pacientes que acuden a la consulta externa de cardiología es significativa.(44%), afectando al grupo atareo de 50- 69 años con ligera predominancia en el sexo femenino; En ellos los factores de RCV agregados identificados con mayor frecuencia son la obesidad, sedentarismo, seguidos por las dislipidemias, Diabetes Mellitus 2; 50% de los mismos tienen 2 FRCV asociados. Según la escala de Framingham, 14.5 % del sexo femenino presenta un RCV de 3 en 10años, y 13.4% del sexo masculino un RCV de 12 .

h. Recomendaciones: El manejo de los pacientes con diagnostico de HTA esencial requiere no sólo la optimización del tratamiento antihipertensivo para el control de la PA, sino también el abordaje con medidas de prevención o programas específicos del tratamiento de la obesidad y del sedentarismo.

II. TEXTO

a. Introducción

Planteamiento del problema.-

¿Cual es el riesgo cardiovascular y factores de riesgo asociados en los pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial esencial en la caja Nacional de Salud Hospital Obrero N°2 de la ciudad de Cochabamba Bolivia, en el periodo comprendido de un semestre, año 2007?

Justificación:

Nace la inquietud de realizar este estudio debido a la frecuencia de presentación de esta patología en el Hospital Obrero N° 2, con la finalidad de identificar el grado de riesgo cardiovascular para un adecuado manejo clínico, protocolización de medidas de prevención de un evento cardiovascular y por consiguiente disminuir la morbimortalidad en los mismos.

Marco Teorico

La prevalencia de la HTA es de 29% en la población de EEUU (58 millones de personas), la mitad de las personas entre 60-69 años y $\frac{3}{4}$ de aquellos > 70.2 años.

De todos los eventos Cardiovasculares (128 millones de habitantes), se ha identificado a la HTA como la más importante (59 millones), en relación a la hipercolesterolemia (39 millones) y la obesidad (30 millones), del mismo modo tiene una repercusión importante en la mortalidad global. (8)

No se cuentan con trabajos epidemiológicos actualizados en America Latina.

De acuerdo al séptimo reporte del Joint Nacional Cometeet on prevention, detection, evaluation and treatment of high blood pressure, la clasificación de la HTA : prehipertensión , estadio 1 y estadio 2. (4)

Varios estudios han demostrado que mientras la TA diastolica es un factor de riesgo más potente para la enfermedad cardiovascular en pacientes < 50 años, la TA sistólica es más importante después de los 50 años ya que continua elevándose a lo largo de la vida mientras

que la TAd se eleva hasta los 50 años luego se nivela o incluso disminuye. Por tanto un pobre control de la TAs es en gran parte responsable de las bajas tasas de control global de la TA (9)

Estudios prospectivos randomizados y estudios meta-analíticos han demostrado el riesgo absoluto de enfermedad cardiovascular (probabilidad que un paciente tenga un evento cardiovascular en un periodo definido) determinada por el efecto sinérgico de factores de riesgo cardiovasculares presentados, los mismos que pueden mostrar diferencias en RCV en los mismos pacientes con un mismo nivel de presión arterial o niveles de colesterol. (7)

Los predictores de riesgo más sobresalientes son: edad, cambios fisiopatológicos como hipertrofia ventricular izquierda y falla renal, pero muchos factores, incluidos el aumento de la presión arterial y de lípidos, el hábito de fumar, el sexo masculino, la diabetes interactúan para determinar un riesgo absoluto. La presión arterial sola o el colesterol como factores de riesgo tienen un menor efecto de riesgo en un paciente en ausencia de otros factores de riesgo, pero ellos pueden tener mayor efecto en presencia de otros factores. (5,6,7)

Se han creado varias tablas de scores de predicción del riesgo cardiovascular absoluto, muchas de ellas han derivado del Estudio Coronario Framingham, un estudio de cohorte en 5000 pacientes americanos, también se basaron en el estudio PROCAM, (20000 pacientes del norte de Alemania), Estudio europeo SCORE muestra cuadros regionales de riesgo alto y bajo basado en 12 cohortes europeas representando 2 a 7 millones de personas seguidas por año. (8,9) Anexos. Tabla 1

La escala de Framingham para estimar el riesgo cardiovascular en 10 años, postula los siguientes aspectos: Tensión arterial sistólica (con puntuación asignada de acuerdo a clasificación y presencia o ausencia de tratamiento farmacológico), Edad, Nivel de Colesterol, Nivel de HDL, Hábito de Fumar (con puntuación asignada de acuerdo a la edad). (8) Anexos. Tabla 2

Pese a que existe cierta variabilidad en las Tablas de Scores de estimación del RCV. (estudio americano, estudio europeo) el manejo global de la HTA debe hacer menor énfasis en alcanzar cifras para factores de riesgo específicos y más bien identificar pacientes de alto riesgo y modificar todos los factores de riesgo posibles. (12,13,14).

b. Objetivos y Metodos

Diseño Metodológico: Estudio descriptivo, prospectivo, longitudinal.

Objetivo General

Identificar el riesgo cardiovascular de los pacientes con diagnostico de Hipertensión arterial esencial.

Objetivos Específicos

- Determinar la prevalencia de los pacientes con HTA que acuden a la consulta externa de cardiología.
- Identificar el sexo y grupo étnico más afectado.
- Identificar factores de riesgo cardiovasculares agregados en los pacientes con HTA esencial.
- Estimar el riesgo de enfermedad coronaria utilizando la escala de Framingham.

Procedimiento:

1. - Registro de datos de cada paciente: Numero de H. Clínica, nombre, edad, sexo, antecedentes; En el examen médico: presión arterial, frecuencia cardiaca, peso, talla, Índice de masa corporal (IMC).

2.- Revisión de Historias Clínicas: Registro de lesiones en órganos diana: hipertrofia ventricular izquierda (electrocardiograma, ecocardiografía, radiología), Microalbuminuria (EUA: 30 A 300 μg /24 h), proteinuria, Elevación de la Creatinina Serica de 115 - 133 $\mu\text{mol/l}$ (masculino) 107-124 $\mu\text{mol/l}$ (femenino), Estenosis Carotídea (ecocardiografía y radiología), lesiones de vasos en fondo de ojo.

Enfermedad clínica asociada: Enfermedad Cerebro Vasular, Cardiopatía Isquémica, Insuficiencia Cardíaca Congestiva, Claudicación Intermittente, Insuf. Renal (Creatinina >133 $\mu\text{mol/l}$ (m) >124 (f) ó proteinuria > 300 mg/24h), Retinopatía hipertensiva de grado 3 o 4, Registro de seguimiento de tratamiento antihipertensivo.

3. Cálculo del Riesgo Cardiovascular en cada paciente según el modelo propuesto en el estudio Framingham.

Estadística: Uso de frecuencias relativas y absolutas.