

TRABAJOS ORIGINALES

Frecuencia de dislipidémicos e hipertensos en personas mayores de 60 años de 3 consultorios

Frequency of dyslipemia and hypertension in persons aged 60 and more from three consulting rooms

Ondina Gómez Nario^I; José Emilio Fernández-Britto Rodríguez^{II}; Marlene Ferrer Arrocha^{III}; Mirta V. Núñez García^{IV}; Teresa X. Meneau Peña^V; Alicia Gómez López^{VI}; Yamiris Deus Montes^{VII}

^ILicenciada en Enfermería. Máster en Investigación en Aterosclerosis. Profesora Auxiliar. Policlínico Universitario "Héroes del Moncada". La Habana, Cuba.

^{II}Doctor en Ciencias. Centro de Investigación y Referencias de Aterosclerosis de La Habana, Cuba.

^{III}Especialista de I Grado en Pediatría. Máster en Investigación en Aterosclerosis. Centro de Investigación y Referencia de Aterosclerosis de La Habana, Cuba.

^{IV}Especialista de I Grado en Medicina Interna. Máster en Investigación en Aterosclerosis. Policlínico Universitario "Héroes del Moncada". La Habana, Cuba.

^VEspecialista de I Grado en Ginecoobstetricia. Máster en Investigación en Aterosclerosis. Policlínico Universitario "Héroes del Moncada". La Habana, Cuba.

^{VI}Especialista en Medicina General Integral. Instructora. Policlínico Universitario "Héroes del Moncada". La Habana, Cuba.

^{VII}Licenciada en Enfermería. Instructora. Policlínico Universitario "Héroes del Moncada". La Habana, Cuba.

RESUMEN

OBJETIVO: determinar la frecuencia de dislipidémicos y de hipertensos en personas mayores de 60 años, entre 403 ancianos de 3 consultorios del policlínico "Héroes del Moncada", en Plaza la Revolución, Ciudad de La Habana.

MÉTODOS: se realizó una investigación descriptiva transversal. Se aplicó el modelo de recolección del dato primario del Centro de Investigación y Referencias de Aterosclerosis de La Habana. Variables: edad, sexo, peso, talla, índice de masa corporal, presión arterial, hábito de fumar, colesterol total y triglicéridos.

RESULTADOS: el 51,1 % son dislipidémicos hipertensos, la forma clínica de dislipidemia más frecuente es la mixta, y es significativa la asociación entre estas 2

variables: dislipidémicos hipertensos y los hipertensos con el índice de masa corporal.

CONCLUSIONES: esta investigación permitió incorporar a la dispensarización del área nuevos hipertensos y dislipidémicos, y se comprobó que la hipertensión arterial y la dislipidemia son trastornos frecuentes en los ancianos estudiados. Un logro a destacar del trabajo del Médico y Enfermera de la Familia, es el bajo índice de ancianos fumadores observado en el estudio.

Palabras clave: Dislipidémicos, hipertensos, colesterol, triglicéridos.

ABSTRACT

OBJECTIVE: to determine frequency of dyslipemia and hypertension in persons aged 60 and more among 403 elderlies from three consulting rooms of "Héroes del Moncada" polyclinic in Plaza Municipality of Havana City.

METHODS: authors made a cross-sectional and descriptive research. We applied collection model of primary datum from the Center or Research and References of Atherosclerosis of Havana City. The variables included: age, sex, weight, height, body mass index (BMI), high blood pressure, smoking, and total cholesterol and triglycerides.

RESULTS: the 51,1 % presenting with dyslipemia and hypertension, the more frequent way of dyslipemia is the mixed one, and it is significant the association between these two variables: dyslipemia-hypertensive and the hypertensive-BMI.

CONCLUSIONS: this research allows us the incorporation of new hypertensive and dyslipemia patients to area care verifying that high blood pressure and dyslipemia are frequent disorders in study elderlies. A significant achievement of Family Physician and Nurse is the low rate of smoking in this age group.

Key words: Dyslipemia, hypertension, cholesterol, triglycerides.

INTRODUCCIÓN

La edad es un factor de riesgo independiente e inmodificable para la enfermedad coronaria. La aterosclerosis y sus principales consecuencias orgánicas, la enfermedad cardíaca coronaria o cardiopatía isquémica, la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad vascular arterial periférica obstructiva y los aneurismas ateroscleróticos, están consideradas, desde el punto de vista epidemiológico, como la primera causa de muerte en todos aquellos países en los que las infecciones no ocupan ese lugar preponderante, y constituyen, además, en estos mismos países, la primera causa de morbilidad en los ingresados hospitalarios (Fernández-Britto JE. Atherosclerotic lesion: a morphometric study applying a biometric system. Thesis of Doctor in Medical Sciences, Promotion B. Humboldt University of Berlin, 1987).

La prevalencia de hipercolesterolemia es alta en los ancianos. Los mecanismos por los que se explica el mayor riesgo cardiovascular de las hiperlipidemias mixtas son

múltiples. La existencia de una hiperlipidemia mixta es sinónimo del acúmulo en el plasma de uno o más tipos de lipoproteínas que tienen la capacidad de depositarse en las placas de ateroma.¹ El consumo de tabaco, la hipertensión y la hipercolesterolemia son los 3 factores que producen un mayor riesgo de cardiopatía coronaria.²

El índice de masa corporal (IMC) tiene utilidad como indicador antropométrico del riesgo de daño aterogénico, y reviste importancia estratégica en el monitoreo sistemático y continuo de los principales problemas de salud que contribuyen al desarrollo de la enfermedad aterosclerótica.³

¿Son la dislipidemia y la hipertensión arterial factores de riesgo aterogénicos frecuentes en la población mayor de 60 años de los consultorios estudiados? Para dar respuesta a esta interrogante, y por todo lo antes expuesto, surgió la motivación del presente trabajo, para determinar la frecuencia de dislipidémicos y de hipertensos en los ancianos de 3 consultorios del policlínico "Héroes del Moncada", identificar los dislipidémicos, hipertensos y dislipidémicos hipertensos; distribuirlos según edades, sexos, IMC, hábito de fumar y formas clínicas de dislipidemias; e investigar la posible asociación entre dislipidémicos, hipertensos y dislipidémicos hipertensos con el IMC.

En el área de salud se continúan realizando encuestas y estudios humorales para determinar la frecuencia de estos 2 factores de riesgo aterogénicos en estas edades. Es intención de los autores continuar con el resto de la población mayor de 60 años del policlínico.

MÉTODOS

Para lograr los objetivos planteados, se realizó una investigación descriptiva transversal de conjunto con el Centro de Investigación y Referencias de Aterosclerosis de La Habana y el área de salud del policlínico universitario "Héroes del Moncada". Se estudiaron 403 ancianos de ambos sexos, y, posterior al consentimiento informado, se aplicó el Modelo de Recolección del Dato Primario. A todos se les realizó una extracción de sangre para determinaciones directas de colesterol total (CT), C-HDL y triglicéridos. Se definieron dislipidémicos: colesterol ≥ 200 mg/dL, triglicéridos ≥ 150 mg/dL. Se midió presión arterial y tomas sucesivas a aquellos que por primera vez tenían TA $\geq 140/90$ mmHg para el diagnóstico de hipertenso nuevo, teniendo en cuenta el VII reporte (JNC). Se incluyeron en el estudio aquellos pacientes que tienen antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial. Se realizó la medición del peso y la talla teniendo en cuenta IMC: bajopeso $< 18,5$ kg/m²; normopeso 18,5-24,9 kg/m²; sobrepeso 25-29,9 kg/m²; obesidad > 30 kg/m². En la entrevista con el paciente se recogieron datos referidos por ellos si tenían hábito de fumar o no.

Técnicas y procedimientos que se utilizaron

La determinación de las concentraciones de CT, C-HDL y triglicéridos en suero se realizaron mediante técnicas enzimáticas de alta precisión. Se utilizaron juegos de reactivos de casas comerciales de reconocido prestigio internacional, por su calidad, la precisión y exactitud de sus reactivos controles (HUMAN, Alemania).

Técnica para la medición de la presión arterial

Se utilizó un esfigmomanómetro anaerobio y un estetoscopio. Se siguió la metodología siguiente: el paciente descansará 5 min antes de tomarle la presión arterial, no debe haber fumado o ingerido cafeína por lo menos en los 30 min previos, debe estar sentado y con el brazo apoyado. En ancianos y diabéticos deberá tomarse la presión arterial de pie. El manguito de goma del esfigmomanómetro debe cubrir por lo menos dos tercios de la circunferencia del brazo, el cual estará desnudo. Se insufla el manguito, se palpa la arteria radial y se sigue insuflando hasta 20 o 30 mmHg por encima de la desaparición del pulso.

Se coloca el diafragma del estetoscopio sobre la arteria humeral en la fosa antecubital y se desinfla el manguito, descendiendo la columna de mercurio o la aguja a una velocidad de 2 mmHg x s, o lentamente. El primer sonido (*Korotkoff* 1) se considera la PA sistólica, y la PA diastólica, la desaparición del mismo (*Korotkoff* 5). Se deben efectuar 2 lecturas separadas por 2 min. Si la diferencia de estas difiere en 5 mmHg debe efectuarse una tercera medición y promediarlas. Verificar en el brazo contralateral y tomar en cuenta la lectura más elevada.

Medidas antropométricas (peso y talla)

Los pacientes fueron pesados en ayunas, sin zapatos y con ropa liviana, en la pesa previamente equilibrada, colocados en el centro de la báscula y medidos en metros (m) con el tallímetro acoplado a la pesa, teniendo en cuenta que la espalda del individuo estuviera en contacto con la vara, y que la cabeza se encontrara en el plano de Frankfort. El IMC se calculó dividiendo el peso (kg) por la estatura al cuadrado (m²).

Procesamientos de técnicas y recolección de la información

Se obtuvieron los datos del Modelo de Recolección del Dato Primario (MRDP) y se almacenaron en una base de datos, con la ayuda del programa estadístico SPSS. Para variables cuantitativas se utilizaron por cientos, mientras que para las cualitativas la media aritmética, desviaciones estándar, y para establecer asociaciones entre variables chi cuadrado, con un nivel de significación de 0,05.

RESULTADOS

Fueron investigados 403 pacientes. La edad media fue de 70,8, la mínima de 60 y la máxima 99. La distribución, según factores de riesgo, demostró un predominio de dislipidémicos hipertensos (206 para un 51,1 %), seguido de dislipidémicos y de hipertensos con 115 y 48 respectivamente ([fig. 1](#)).

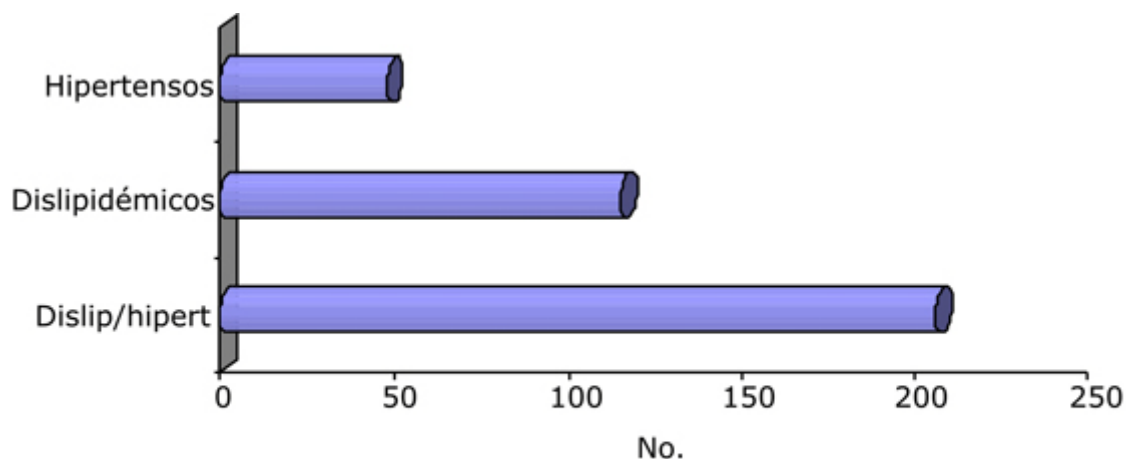


Fig. 1. Distribución de pacientes mayores de 60 años hipertensos, dislipidémicos y dislipidémicos hipertensos.

Al distribuir a los mayores de 60 años dislipidémicos y los hipertensos, encontramos 235 casos nuevos de dislipidémicos y 26 de hipertensos nuevos ([fig. 2](#)).

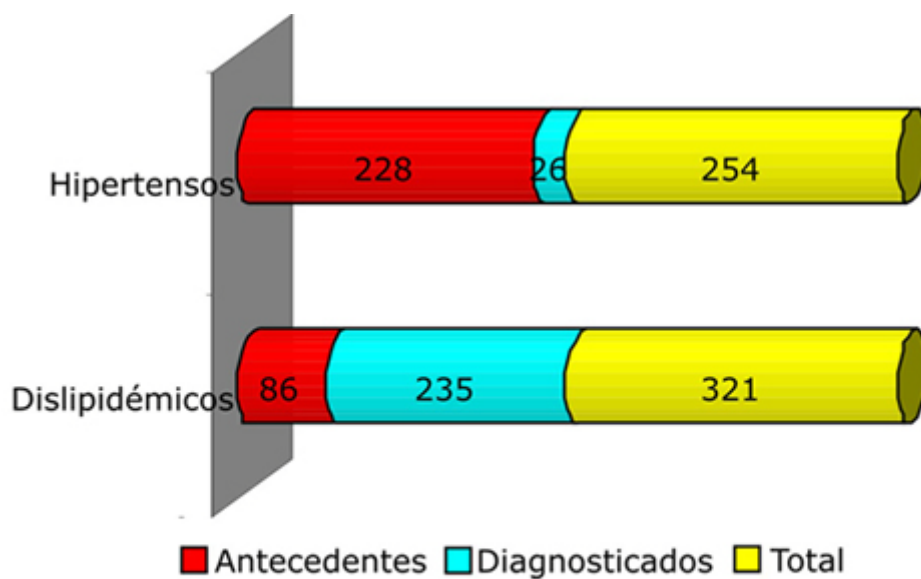


Fig. 2. Distribución de dislipidémicos y de hipertensos según antecedentes y diagnosticados.

Al distribuir a la población según factores de riesgo y el IMC se obtuvo un predominio de normopesos en los factores de riesgo, seguido del sobrepeso ([fig. 3](#)).

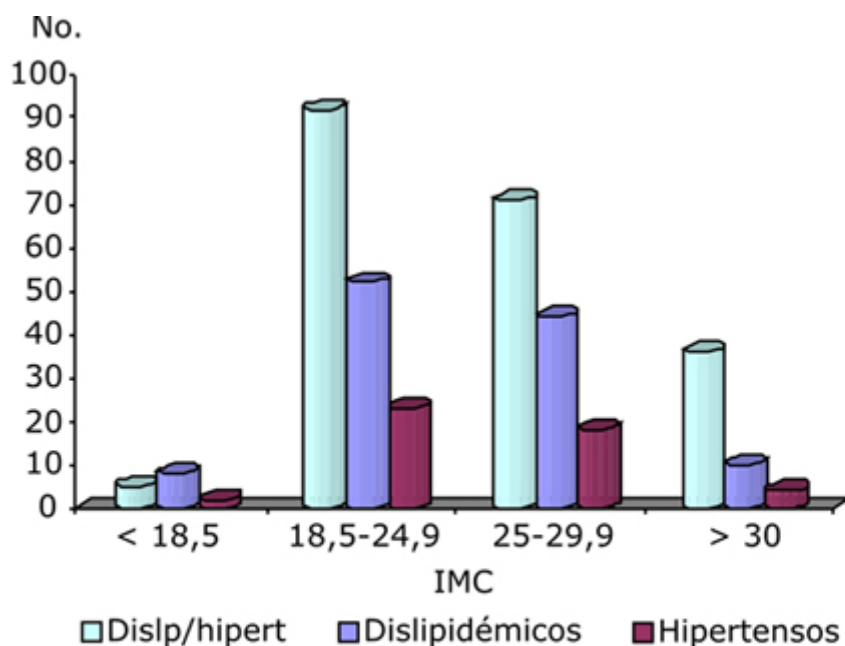


Fig. 3. Distribución de pacientes mayores de 60 años según factores de riesgo e IMC.

Con relación a las formas clínicas de dislipidemias, se observó un franco predominio de la mixta, pues estuvo presente en 161 casos para un 40 % ([fig. 4](#)).

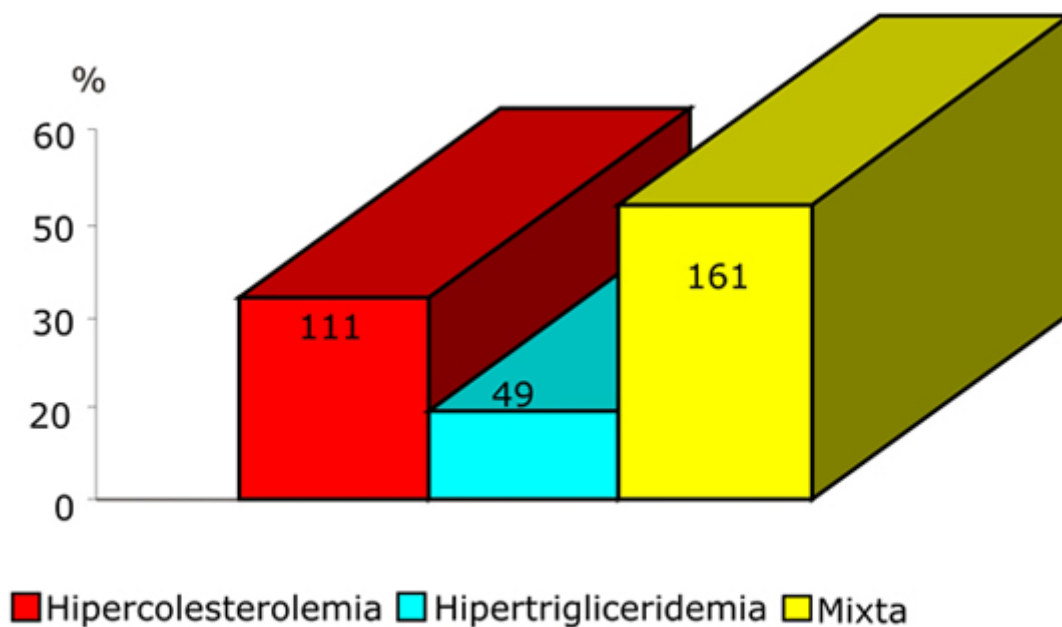


Fig. 4. Distribución de pacientes mayores de 60 años según formas clínicas de dislipidemias.

DISCUSIÓN

La hipertensión arterial y la dislipidemia son enfermedades que constituyen un problema de salud de gran importancia para Cuba, por lo que su prevención, tratamiento y control es una de las principales tareas y prioridades del sistema de salud cubano.⁴ Es, además, uno de los problemas de salud más frecuentes en el anciano, y constituye uno de los principales factores de riesgo de enfermedad coronaria y el de más peso para la enfermedad cerebrovascular. Los resultados de esta investigación coinciden con la bibliografía consultada, la cual reporta una prevalencia mayor del 40 %, con predominio del sexo femenino. Igualmente, otros autores han encontrado también las mayores tasas en las edades más avanzadas. En esta investigación se encontró que el 63 % de los mayores de 60 años fueron hipertensos, y de ellos, el 6,4 % casos nuevos fueron diagnosticados en el estudio.

Esta cifra difiere igualmente del 31,6 % reportado en el ámbito nacional,⁵ datos aportados por el Médico de Familia de los ancianos dispensarizados con hipertensión arterial. Según el estudio realizado en Ciudad de La Habana en el año 2000 por *Rodríguez y Menéndez*, el 42,4 % resultó ser hipertenso.⁶

La frecuencia de dislipidémicos en este estudio es de 79,6 %, y en esta investigación se diagnosticó el 58,3 %, es decir, 235 casos. Estas cifras están por encima de las del policlínico "Héroes del Moncada", en el que constituyeron el 6,5 % (Análisis de la situación de salud. Policlínico "Héroes del Moncada", 2003), y muy superiores a la reportada por *Duquene Alderete* (Duquene Alderete A. Prevalencia de enfermedades ateroscleróticas y factores de riesgo en adultos mayores. Tesis de grado. Policlínico "19 de abril". Ciudad de La Habana, 2001), que señala un 52 % de dislipidemias en ancianos. Superiores también a las de *Staessen* y otros,⁷ que obtuvieron hasta un 53 % ancianos con cifras elevadas de colesterol.

Estos resultados sugieren la necesidad de profundizar en la búsqueda de los diagnósticos tempranos de estas enfermedades, y se demuestra cómo existe un considerable incremento en su diagnóstico por encima de los datos recogidos en la dispensarización. Es bien conocido el hecho de la asociación frecuente entre dislipidémicos e hipertensos, algo que ya se detectó en el seguimiento de la población de *Framingham*. Este estudio encontró el mayor por ciento en estos casos.

En el ámbito mundial, y nuestro país no es una excepción, la mayor parte de la investigación cardiovascular se ha centrado en la población adulta de mediana edad, por lo que es escasa la representación del colectivo de ancianos en los estudios realizados hasta la fecha, y mucho más escasos aún son los estudios diseñados específicamente para este grupo de edad. Existen pocos de pacientes mayores de 60 años, y mucho menos en mayores de 80. No existen datos suficientes en prevención primaria, y en prevención secundaria solo existen evidencias para recomendar la intervención.⁸ Como resultado interesante de esta investigación, se enfatiza en la necesidad de que los geriatras organicen estudios similares para prolongar y mejorar la calidad de vida de los pacientes en estas edades.

Con relación a las formas clínicas de la dislipidemias, se observó un predominio de la mixta para un 50,2 %. Su aterogenicidad quedó establecida por la elevada tasa de eventos cardiovasculares que se observó en el estudio PROCAM.⁹ Entre los hábitos nocivos que se han asociados a la HTA se encuentra el hábito de fumar (Ordóñez P, Espinosa A. Marcadores múltiples de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles. Tesis de grado. La Habana, 1998). Este autor observó que el 34 % de los adultos eran fumadores. Los datos obtenidos en este estudio muestran una cifra inferior de 14,8 %.

En este estudio la asociación entre IMC y la presencia de hipertensos dislipidémicos obtuvo una asociación significativa ($p=0,013$). El hallazgo de un elevado descontrol clínico de detección de la hipertensión arterial y la dislipidemia con el IMC en los ancianos, evidencia que el sobrepeso-obesidad es un factor desencadenante de la hipertensión arterial.

Otra prueba de significación estadística para ver la asociación existente entre IMC y la hipertensión arrojó que existe asociación significativa ($p=0,045$). En los casos que se asocian sobrepeso-obesidad e hipertensión arterial está demostrado que se produce disfunción endotelial, que opera y amplifica la respuesta vasoconstrictora, incrementa la poscarga, desarrolla la hipertrofia ventricular concéntrica y acelera la aterosclerosis.^{10,11} El exceso de peso corporal está relacionado con un incremento de la presión arterial, al parecer producida por aumento de la resistencia periférica arteriolar, determinada por un incremento de la actividad del sistema nervioso simpático y la activación del sistema renina-angiotensina.¹²

Finalmente se puede concluir que esta investigación permitió incorporar a la dispensarización nuevos hipertensos y dislipidémicos para su mejor tratamiento y seguimiento. La hipertensión arterial y la dislipidemia son trastornos frecuentes en los ancianos estudiados, y más de la mitad de ellos están afectados por los 2 factores de riesgo. Un logro a destacar del trabajo del Médico y la Enfermera de la Familia, se observa en el bajo índice de ancianos fumadores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Frost P, Havel R. Rationale for use of non high density lipoprotein cholesterol rather than low density lipoprotein cholesterol as a tool for lipoprotein cholesterol screening and assessment of risk and therapy. *Am J Cardiol.* 1998;81(4A):26B-31B.
2. Woodward M, Moohan M, Tunstall-Pedoe H. Self-reported smoking, cigarette yields and inhalation biochemistry related to the incidence of coronary heart disease: results from the Scottish Heart Health Study. *J Epidemiol Biostat.* 1999;4(4):285-95.
3. Rodríguez Perón JM, Mora González SR, Acosta Cabrera EB, Menéndez López JR. Índice de masa corporal como indicador en la estratificación del riesgo aterogénico para la vigilancia en salud. *Rev Cubana Med Milit.* 2004;33(1):122-3.
4. Colectivo de Autores. Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 1999;15(1):46-8.
5. Ministerio de Salud Pública. Informe anual, datos estadísticos. Cuba; 2003.p.62-73.
6. Rodríguez Vargas LE, Menéndez Jiménez J. Prevalencia referida de enfermedades no transmisibles en adultos mayores. *Rev Cubana Hig Epidemiol.* 2004;42(1):22-4.
7. Staessen J. Hipercolesterolemia in the elderly: a review. *European Heart Journal.* 1998;9:215-22.

8. Sáez T, Suárez C, Blanco F, Gabriel R. Epidemiología de las enfermedades cardiovasculares en la población anciana española. Rev Esp Cardiol. 1998;51:864-873.
9. Assmann G, Schulte H. Results and conclusions of the Prospective Cardiovascular Münster (PROCAM) Study. En: Assmann G, ed. Lipid Metabolism Disorders and Coronary Heart Disease. MMV Medizin Verlag. 1993;45:21-67.
10. Lizhohub VH, Hryshkova ZHA. Hemodynamic and metabolic disturbance in patients with hypertension with and without obesity. Lik Sprava. 2002;3(4):38-42.
11. Abbasi F, Brown BW Jr, Lamendola C, McLaughlin T, Reaven BM. Relationship between obesity, insulin resistance and coronary heart disease risk. J Am Coll Cardiol. 2002;40(5):937-43.
12. Tsao HM, Chen CH, Lin KC, Chou P. Obesity is the most important determinant of higher blood pressure among normotensive Chinese. Zhonghua Yi Xue Za Zhi (Taipei). 2002;65(6):268-74.

Recibido: 1ro. de julio de 2008.

Aprobado: 1ro. de septiembre de 2008.

Ondina Gómez Nario. Calle C No. 730, entre 29 y Zapata, Vedado, municipio Plaza, Ciudad de La Habana, Cuba. E mail: ondina.gomez@infomed.sld.cu