¿Pensamos en la mujer cuando hablamos de hipertensión?

D. A. Vargas Ortega[1], F. Parrilla Ruiz[1], Z. Issa Khozouz[3], S. M. Martínez Cabezas[2], D. P. Cárdenas Cruz[3], A. Cárdenas Cruz[4]

1. M.I.R. MFyC. E.P. Hospital de Poniente. El Ejido. Almería.
2. M.I.R. MFyC. Hospital de Torrecárdenas. Almería.
3. Médico de Familia. Unidad de Urgencias. Hospital de Poniente. El Ejido. Almería.
4. Especialista en Medicina Intensiva y Cuidados Críticos. Responsable Unidad de Urgencias. El Ejido. Almería.

RESUMEN

Objetivos: Descripción de la mujer hipertensa, identificación de factores de riesgo vascular, cuantificación de dicho riesgo.

Diseño: Estudio descriptivo transversal.

Ámbito del estudio: Unidad de Urgencias de la Empresa Pública Hospital de Poniente de Almería, perteneciente al Área Integrada de Gestión de Cuidados Críticos y Urgencias.

Periodo de estudio: 1/9/01 al 1/5/02.

Sujetos: 500 pacientes hipertensas ambulatorias remitidas a nuestro hospital para estudio de su patología hipertensiva.

Metodología: 500 pacientes hipertensas ambulatorias seleccionadas aleatoriamente. Se utilizaron datos administrativos, clínicos, de laboratorio y exploraciones complementarias realizadas en la primera visita. Se ha realizado un estudio descriptivo transversal en el cual se han utilizado medidas de tendencia central así como de dispersión para variables cuantitativas y tablas de frecuencia para variables cualitativas.

Resultados: La edad media de las mujeres hipertensas era de 55,73 años, casadas 75,5%, con estudios primarios el 82,3%. La antigüedad en la evolución de su hipertensión era de 89,32 meses de media. El 56,2% en algún momento de su historia han presentado crisis hipertensiva y un 32% cefalea como único síntoma a pesar de tratamiento teóricamente correcto. Además de la utilización de los antihipertensivos más frecuentes se observó que un 16,2% tomaban ansiolíticos, un 21,5% Anticonceptivos orales. La media de la PAS era de 163,64±12,15 mmHg y la PAD 95,40±9,80 mmHg con una Presión de Pulso de 66,75±5,15 mmHg. El 95,6% de la población femenina hipertensa es sedentaria, 98,2% consumidora de sal, 29,4% consumidora de café, 8,8% bebedora habitual, 10,1% fumadora. La media del I.M.C. ES DE 31,00±5,1. Respecto a la patología concomitante se observó una incidencia de diabetes e intolerancia a la glucosa e hiperinsulinemia de 18,5%; 10,1%;14% respectivamente así como hiperlipemia en el 27,8%. El 62,3% presentaban una HTA grado I y el 26,3% una HTA grado II. El riesgo vascular según tablas de Framhingam: Moderado 32,4%; alto 14,1%; muy alto 2,5%.

Conclusiones:

1) A pesar de la supuesta protección vascular del sexo femenino, observamos que un porcentaje alto presenta un riesgo vascular moderado-alto para presentar un evento vascular.

2) Desde Atención Primaria prestar especial atención a los estilos de vida y hábitos dietéticos así como a la importante patología concomitante de nuestras mujeres hipertensas, posiblemente una asignatura pendiente.

3) Importancia fundamental en la asociación de medidas farmacológicas y no farmacológicas para una buena evolución y pronóstico de la enfermedad hipertensiva.

Palabras clave: Hipertensión; mujer hipertensa; riesgo vascular.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la hipertensión arterial (HTA) constituye uno de los principales problemas socio sanitarios a los que se enfrentan los países desarrollados. Tan sólo basta referir que, por lo que respecta al caso específico de nuestro país, la cuarta parte de los pacientes fallecidos por causas cardiovasculares son hipertensos. Sin embargo, y a pesar de su gran prevalencia, la HTA se corresponde con una afectación no sólo mal controlada, sino incluso claramente infradiagnosticada.

En definitiva, la HTA supone uno de los retos más importantes a los que se enfrentan los clínicos. De la misma manera, y una vez se atiende a la elevada prevalencia de la enfermedad, establecida entre el 20% y el 30% de la población mundial, debe comprenderse que el diagnóstico, así como el posterior tratamiento y control sólo puede llevarse a cabo a través del esfuerzo de Atención Primaria.

En la actualidad los cambios sociológicos acaecidos en las últimas décadas donde la mujer participa de una forma más activa en las sociedades industrializadas, ha supuesto un cambio radical tanto en su estilo de vida como en los hábitos higiénico-dietéticos, esto ha supuesto que eventos cardiovasculares considerados típicamente propios del varón, aparezcan y cada vez con más frecuencia en mujeres y a su vez a edad más temprana. Sin duda un signo de alarma que no debemos obviar en nuestra labor cotidiana surgiendo una intensificación de nuestro compromiso con nuestras mujeres hipertensas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal durante el periodo comprendido entre el 01-09-01 y el 01-05-02.

La muestra ha sido obtenida de consultas externas de Medicina Interna del Hospital de Poniente de El Ejido (Almería). Consta de 500 pacientes hipertensas ambulatorias.

La técnica del muestreo fue aleatoria, siendo el ritmo de recogida de datos en función de la disponibilidad de cada médico.

Los criterios de inclusión son: Mujer hipertensa con edad comprendida entre 18-85 años, con diagnóstico inicial de hipertensión esencial.

Las variables estudiadas son:

- Sexo.
- Edad.
- Estado civil.
- Nivel de estudios.
- Motivo de la consulta.
- Crisis Hipertensivas.
- Tratamiento antihipertensivo anterior.
- Tratamiento antihipertensivo actual.
- Otros fármacos.
- Sintomatología.
- Consumo de tabaco.
- Consumo de alcohol.
- Consumo de café.
- Consumo de sal.
- Actividad Física.
- Antecedentes familiares.
- Cifras de Presión Arterial Sistólica (PAS).
- Cifras de Presión Arterial Diastólica (PAD).
- Presión de Pulso.
- Hemograma.
- Patrón lipídico.
- Radiografía de tórax.
- Electrocardiograma.
- Fondo de Ojo.
- Microalbuminuria.
- Grado de hipertensión.
- Afectación Sistémica.

Tabla 1. SINTOMATOLOGÍA Y TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO						
Sintomatología	Cefalea	Palpitaciones	A. Depres.	Mareos	D. Precordial	Disnea
	28,9%	38,5%	13,8%	12,3%	12,3%	11,7%
Antihipertensivo Anterior	Diuréticos	Ant. Calcio	IECA	B-bloq.	ARAII	Alfa BB
	12,6%	12,8%	23,4%	8,4%	2%	1,1%
Antihipertensivo Actual	Diuréticos	Ant. Calcio	IECA	B-bloq	ARAII	Alfa BB
	23,9%	23,3%	40,9%	10,2%	5,9%	4,7%

- Patología concomitante.
- Riesgo vascular.

Para atender a los objetivos de este trabajo se llevó a cabo un análisis estadístico con las observaciones disponibles, que se resume en los siguientes pasos:

1) Para el conjunto de los individuos se llevó a cabo un análisis descriptivo para todas las variables; para cada variable se obtuvo su tabla de frecuencia y en los casos que fue posible se usaron medidas clásicas de resumen como la media, mediana, cuartiles, el rango y la desviación típica.

2) Para el cálculo del riesgo vascular se utilizaron las tablas de riesgo vascular del estudio Framinghan.

3) En todos los casos se empleó el paquete estadístico SPSS v. 10.1.

RESULTADOS

La población femenina hipertensa, presenta una edad media de 55,37 ±13,39 años, el 75,5% están casadas, presentando en un 82,3% estudios Primarios. La media de la antigüedad de la hipertensión en el momento de la consulta de nuestro servicio era de 89,32±10,12 meses. A lo largo de su historia en la evolución de la enfermedad hipertensiva el 56,2% presentaron una crisis hipertensiva o más a pesar de tratamiento antihipertensivo teóricamente correcto. Respecto a la sintomatología que presentaba estas mujeres así como el tratamiento antihipertensivo anterior como el que se prescribió en nuestra consulta se refleja en la *tabla 1*. También se analizó si se tomaban otros fármacos que no fueran antihipertensivos el 16,2% tomaban ansiolíticos y un 21,5% anticonceptivos orales como resultado más llamativo. Respecto a las cifras tensionales la PAS media era de 163,64±12,15 mmHg, la PAD media 95,40± 9,80 mmHg, la PP 66,75± 5,15 mmHg. Respecto a los hábitos higiénico-dietéticos observamos porcentajes significativos de sedentarismo, consumo de sal, tabaco, alcohol y café (*Figura 1*) . El Índice de Masa Corporal de nuestras pacientes hipertensas era de media de 31±5,1. Valorando la afectación sistémica de la enfermedad hipertensiva (Radiografía de tórax, electrocardiografía, fondo de ojo, micro albuminuria) se observó que el 48,7% presentaban ya afectación sistémica. Observamos que nuestras mujeres presentan un

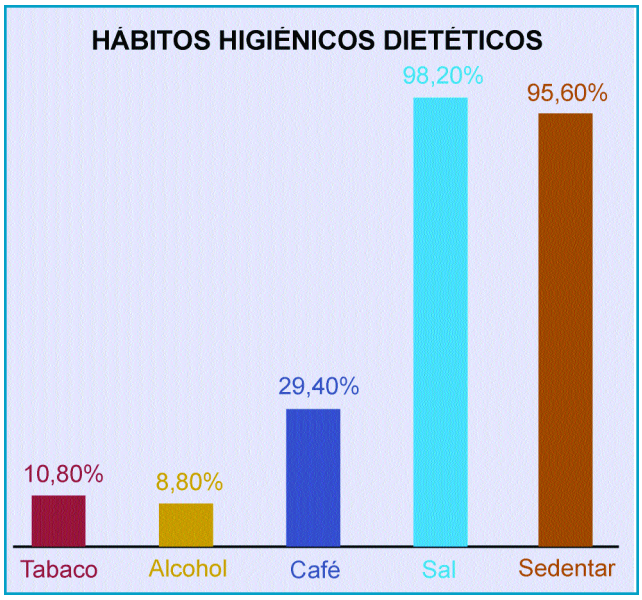

Figura 1

alto porcentaje de patología concomitante como: Diabetes, intolerancia a la glucosa, hiperinsulinemia e hiperlipemia (*Figura 2*) . El 62,3% presentaban HTA grado 1, 26,3% gradoII y el 11,4% grado III. Si cuantificamos el riesgo vascular Moderado 32,4%; Alto 14,1%; Muy Alto 2,5% (*Figura 3*) .

DISCUSIÓN

Comparando nuestro estudio con estudios anteriores en nuestro país[1-3], podemos observar que la prevalencia de mujeres hipertensas ha aumentado en las dos últimas décadas, en nuestra serie la incidencia de hipertensión en mujeres es ligeramente más alta que en otras series de distintos puntos del territorio español, además las características sociológicas de nuestra población (Poniente almeriense cuyo principal recurso económico es la agricultura intensiva) es diferente a otras poblaciones, presentando una alta tasa de mujeres que sólo tiene estudios primarios y su ocupación habitual es la agricultura intensiva[12]. Un reciente estudio en Estados Unidos a asociado la enfermedad hipertensiva con el nivel sociocultural del paciente (Nivel de estudios, Nivel Cultural, Tipo de Trabajo, Ingresos anuales).

Respecto al tratamiento antihipertensivo coincidimos con otras series, siendo los más utilizados en la actualidad la monoterapia con IECAS observando un aumento en la utilización de ARA II, no obstante a pesar de disponer un amplio arsenal terapéutico para el tratamiento y control de la HTA, en la actualidad sólo somos capaces de controlar un 20-30%, esto es debido fundamentalmente a la gran importancia del estilo de vida y hábitos higiénico-dietéticos en esta población[4], posiblemente debemos incidir más y con contundencia a éste nivel ya que podemos observar con porcentajes superiores a otras series en este país el cambio en las costumbres de nuestras mujeres sobre todo en el consumo de tabaco[5], alcohol[11] y su actividad física[6,9] (últimamente se ha investigado sobre la relación de estos factores con el aumento de riesgo vascular en mujeres hipertensas describiéndose una significación estadística). No olvidar que la incorporación de la mujer al mercado laboral[8] ha supuesto un estrés añadido bien descrito en los últimos estudios, también relacionado con un mayor riesgo vascular en mujeres hipertensas.

Llamar la atención sobre el hecho de que un alto porcentaje de la población femenina hipertensa[10] presenta un riesgo vascular moderado-alto para desarrollar un evento vascular lo cual nos invita a una vigilancia más estrecha de nuestra población hipertensa.

Nuestras conclusiones principales son:

1) El aumento progresivo de la población femenina hipertensa y a edad más temprana, relacionado con la incorporación de la mujer al mercado laboral y cambios tanto en el estilo de vida como en los hábitos dietéticos, lo que conlleva en un alto porcentaje, a un mayor riesgo de presentar un evento vascular. Llamar la atención sobre el aumento de la incidencia de patología cardiovascular en las mujeres hipertensas.

2) La importancia de la intensificación del compromiso por parte de Atención Primaria, para conseguir un buen diagnóstico, así como el posterior tratamiento y

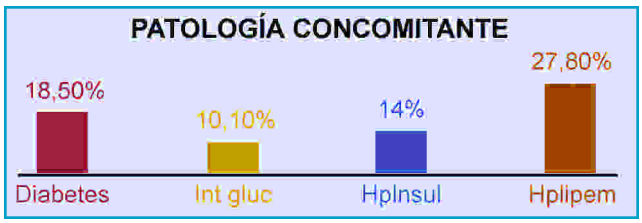

Figura 2

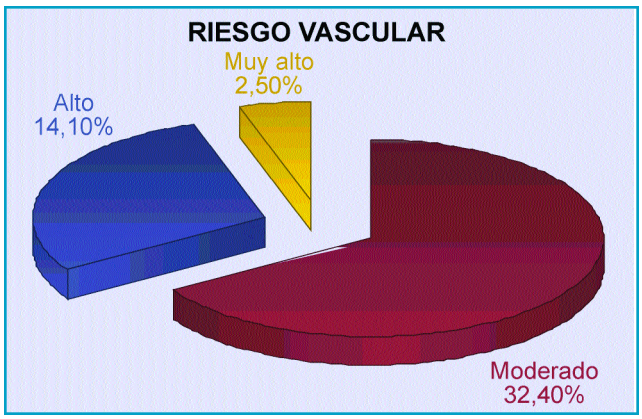

Figura 3

control de la enfermedad hipertensiva. Resaltar la importancia de incidir sobre los distintos hábitos dietéticos y patología concomitante, posiblemente una asignatura pendiente.

3) La necesidad de la asociación de medidas farmacológicas y no farmacológicas en pro de una buena evolución y pronóstico de la enfermedad hipertensiva.

AGRADECIMIENTOS

Estamos agradecidos a todo el personal de la Unidad de Urgencias. Área Integrada de Gestión de Cuidados Críticos y Urgencias. Empresa Pública Hospital de Poniente. Ejido. Almería.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gutiérrez JA, Gómez JA, Gómez A, Rubio MA, García A, Arístegui I. Dieta y riesgo cardiovascular en España. Descripción de la evolución del perfil cardiovascular. Med Clin (Barc) 2000; 115: 726-729.
2. Castro JA, Espejo A, Delgado A, Vázquez R, Cárdenas S, Orgaz MJ. Programa de hipertensión y riesgo de cardiopatía isquémica. Atención Primaria 1994; 14: 887-890.
3. Villar F, Banegas FR, Rodríguez F, Del Rey J. Mortalidad cardiovascular en España y sus comunidades autónomas. Med Clin (Barc) 1998;110: 321-327.
4. Córdoba R, Ortega R, Cabezas C, Fores D, Nebot M. Recomendaciones sobre el estilo de vida. Atenc Primaria 1999; 24 suppl 1: 118-132.
5. Kelley GA. Aerobic exercise and resting blood pressure among women: a meta-analysis. Prev Med 1999 Mar; 28: 264-75.
6. Hunter GR, Giger JN, Weaver M, Strickland OL, Zuckerman P, Taylor H. Fat distribution and cardiovascular disease risk in African-American women. Natl Black Nurses Assoc 2000; 11: 7-11.
7. Rose KM, Newman B, Bennett T, Tyroler HA. The association between extent of employment and hypertension among wwomwn participants of the second National Healt and Nutrition Survey. Women Health 1999; 29: 13-29.
8. Arco Galan C, Suarez Fernandez C. Influence of the sex of the physician in the alerting reaction in blood pressure determinatión in the elderly. Rev Esp Cardiol 1998; 51: 473-8.
9. Kannel W, McGee DL, Castelli WP. Latest perspective on cigarette smoking and cardiovascular disease: The Framingham Study. J cardiac Rehab 1980; 4: 240-245.
10. Kannel WB. Factores de riesgo vascular de la enfermedad coronaria. Experiencia del seguimiento en tres décadas del estudio Framingham. Hipertensión y Arteriosclerosis 1989; 1: 77-86.
11. Martínez Álvarez J, García González J, Domingo Gutiérrez M. Consumo de alcohol, tabaco, y drogas en adolescentes. Atenc Primaria 1996; 7: 383-385.