

Hipertensión arterial en mujeres

Arterial hypertension in women

Dr. Regino Rodríguez Acosta; Dra. Yipsi Gutierrez Báez; Dr. Tomás Rivero Fernández; Dr. Juan Carlos Rodríguez Hernández

Instituto Superior de Ciencias Médicas Carlos J. Finlay. Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico Camagüey Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.

RESUMEN

Con el objetivo de caracterizar la HTA primaria y su relación con la etapa de vida femenina en la consulta externa de medicina Interna del Hospital Provincial Manuel Ascunce Domenech de Camagüey durante 1998, se realizó un estudio transversal, descriptivo y observacional con 96 pacientes diagnosticadas de hipertensión arterial, mayores de 15 años, no embarazadas con estudios de lípidos realizados. La fuente de datos primaria fueron las Historias Clínicas ambulatorias, luego se les aplicó una encuesta diseñada según objetivos trazados. Los datos fueron procesados por el paquete de programas estadísticos EPIDAT con el 95 % de confiabilidad. Se concluye que la hipertensión arterial en mujeres aumenta con la edad. En más del 50 % se realiza el diagnóstico después de la menopausia y solo en la mitad se presenta algún síntoma acompañante. En las mujeres premenopáusicas predominó una evolución de la enfermedad menor de un año en fase clínica I, mientras que en las posmenopáusicas la hipertensión tuvo más de tres años con fase clínica I y II.

DeCS: HIPERTENSIÓN; MUJERES; ESTUDIOS TRANSVERSALES; EPIDEMIOLOGÍA DESCRIPTIVA.

ABSTRACT

A study 130 young people of 11 and 16 years old was performed. Anthropometric measures of breasts were carried out using patterns proposed by David J. Smith, modified by García R.

These measures of breasts were performed to each girl within a period of 2 years; and their evolution was composed using the statistical programming package MICROSTAT. It was evident that in this group as general mean breasts transformed from an initial conical form to an spherical one with marked axillary prolongation and deviation of complexes aerola-nipple outwardo and downward.

DeCS: HYPERTENSION; WOMEN; CROSS- SECTIONAL STUDIES; EPIDEMIOLOGY DESCRIPTIVE.

INTRODUCCIÓN

Hace más de 50 años sabemos la importancia que tiene medir la tensión arterial (TA). Withe de Cardiología en Washington (celebrado poco antes de 1990) su preocupación sobre este tema. En 1908 N. Korotkov es el primero en proponer el método auscultativo de medición de la TA (2).

Los datos de Framinhanm Heart Study, que se han estado examinado desde hace más de 20 años, muestran que el peligro cardiovascular aumenta en proporción con la Presión Arterial, demostrando la relación estrecha de algunos factores con la TA como son el sexo, color de la piel y edad (3). La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha definido como hipertensos a aquellos pacientes mayores de 18 años con una o ambas TA elevadas de forma crónica, tomando como límite cifras iguales o mayores de 140/90 mmHg. Sin embargo, evidencias más recientes planteadas en el sexto reporte del Joint National Committe on Prevention, Detection, Evaluation, and treatment of High Blood Presure de 1997; recomiendan una clasificación actual que incluye la TA óptima, normal alta, hipertensión ligera, moderada, severa y sistólica aislada (límite, clásica y desproporcionada); basada en el impacto sobre el riesgo y considera TA normal a los niveles menores de 130/85mmHg (5-8).

La prevalencia de la HTA es alta en el mundo. El comité de expertos de la OMS estima que entre el 8y el 18% de la población mundial sufre algún grado de hipertensión, ocasionando incapacidades y muerte en la población. Se acepta que en el continente americano oscila entre 4, 1 a 37, 9% (4, 5).

En Cuba la prevalencia oscila entre 28 y el 32% con una media de 30%. La incidencia actual es mayor entre mujeres con historia de enfermedad hipertensiva del embarazo (6, 3 %), negras (3, 1%), obesas (3, 9). (4)

En los Estados Unidos de América las enfermedades de los vasos coronarios han comprometido la vida de 500 000 mujeres en los últimos años, donde el 50% incluye hipertensas. En Cuba algunos estudios han demostrado que la TA es mayor en la mujer después de los 45 años que en los hombres (4, 9, 10).

El uso de los anticonceptivos orales es referido como causa de HTA secundaria en las mujeres jóvenes (8).

Sin embargo, en nuestro país son pocos los trabajos que nos orientan sobre las peculiaridades de la hipertensión arterial en la mujer. Ante esta realidad es que se realiza el siguiente trabajo.

MÉTODO

Se realizó un estudio transversal, descriptivo y observacional con el objetivo de caracterizar la HTA primaria y su relación con la etapa de vida femenina en la consulta externa de Medicina Interna del Hospital Provincial Manuel A. Domenech de Camagüey durante el año 1998.

El universo ascendió a 96 pacientes diagnosticadas de hipertensión arterial primaria. Como criterio de inclusión se tuvo en cuenta a las pacientes mayores de 15 años, no embarazadas que acudieron a la consulta de un grupo básico de trabajo con historias clínicas ambulatorias en las que la fase de su hipertensión estuviera correctamente estudiada, incluyendo estudios de lípidos.

La fuente primaria de datos se obtuvo de las historias clínicas ambulatorias; posteriormente se les aplicó una encuesta diseñada según objetivos trazados y bibliografía revisada a través del paquete de programas estadísticos MICROSTAT y EPIDAT con el 95% de confiabilidad. Los resultados obtenidos se muestran en el texto y tablas con el uso de las medidas estadísticas de frecuencias, porcentajes y probabilidad.

La menopausia se consideró el cese de la menstruación y se registra como la fecha de la última ocurrencia, determinando las dos etapas de vida femenina premenopáusica (11).

Para la determinación de lípidos las pacientes fueron sometidas a extracción de sangre previo ayuno de 12 horas utilizándose el método de Watson para el colesterol total y HDL colesterol así como el método de Graffnether para determinar triglicéridos; mientras que con la ecuación matemática de Friedewald se determinó las LDL colesterol (12, 13).

Para la fase clínica se empleó la siguiente calificación (8):

Fase I: Sin signos objetivos de alteraciones orgánicas.

FaseII: Presencia al menos de los siguientes signos:

- . Hipertrofia Ventricular Izquierda
- . Fondo de ojo Grado I ó II de la clasificación de Keith-Wagener-Baller
- . Proteinuria y/o ligero aumento de la creatinina plasmática.

Fase III: Aparecen síntomas y signos de lesión orgánica.

- . Hipertrofia Ventricular Izquierda, angina de pecho o infarto cardíaco
- . Encéfalo: Hemorragia, trombosis, encefalopatía hipertensiva.
- . Fondo de ojo: Grado III y/o IV de la clasificación de Keith -Waneger-Baller.
- . Riñón: Insuficiencia renal.
- . Vasos sanguíneos: Arteriopatía oclusiva, disección aórtica.

RESULTADOS

Al analizar los grupos de edades (tabla 1), se encontró mayor frecuencia de hipertensas en el grupo 55-64 años con 41 pacientes para un 42, 7% seguido por el grupo de 65 y más con 23%; no apareció ningún caso entre los 15-24 años (por lo que no se recogen en la tabla). Los resultados de esta tabla nos indican que el número de casos de hipertensión arterial aumenta a medida que asciende la edad. Prevalció el color blanco de la piel.

Tabla 1. Distribución de hipertensas según síntomas clínicos que acompañan a la Hipertensión Arterial

Grupo de Edades	No.	%
25-34	4	4,2
35-44	11	11.4
45-54	18	18,7
55-64	41	42,7
65 y más	22	23.0
Total	22	23.0

Fuente: Historia Clínica

La tabla 2 nos muestra los principales síntomas clínicos que acompañaron a las hipertensas; solo el 38, 5% de las pacientes presentan síntomas y la mayoría

presentó más de uno, no apareciendo síntomas clínicos que acompañen significativamente a la HTA ($p= 0,3676$), la cefalea fue el más frecuente con el 25% seguido por dolor precordial y la disnea con el 22,9% y el 21,9% respectivamente.

Tabla 2. Distribución de hipertensas según síntomas clínicos que acompañan la Hipertensión Arterial

Síntomas Clínicos	No.	%
Cefalea	24	25
Disnea	22	22,9
Dolor precordial	22	22,9
Disnea	21	21,9
Palpitaciones	18	18,8

Fuente: Historia Clínica

La tabla 3 hace referencia a la aparición de la HTA con respecto a la etapa de vida femenina observándose un alto porcentaje de hipertensas (63.5%) a las que se les diagnosticó la enfermedad después de la menopausia, contra el 36.5% que fueron diagnosticadas durante la premenopausia, existiendo asociación estadística .

Tabla 3. Distribución de hipertensas según diagnósticos pre y postmenopáusico de la Hipertensión Arterial

Diagnóstico de la HTA	No.	%
Premenopáusica	35	36,5
Postmenopáusica	61	63,5
Total	96	100

Fuente: Historia Clínica Ambulatoria $p=5,76E-03$

En el estudio de 41 casos presentaron alteraciones lipídicas (42, 7%) aparecieron en todos los complementarios patológicos. La Tabla 4 evidencia que en las mujeres postmenopáusicas el perfil lipídico estuvo más alterado que en el grupo premenopáusico, destáquese que en el primer grupo el colesterol total alcanzó el 42,1%, los triglicéridos el 39,5% y cifras por debajo de 0,9 mmol/l (o 35 mg/dl) de HDL colesterol el 38,1% de las hipertensas postmenopáusicas.

Tabla.4 Resultados patológicos del estudio lípido según etapas de vida femenina

Lípidos	Etapas de la vida femenina			
	Premenopáusicas		Postmenopáusicas	
	No	%	No	%
Colesterol total	6	30	32	42,1
Colesterol HDL	3	15	29	38,1
Colesterol LDL	5	25	24	32,9
Triglicéridos	4	20	30	39,5

Fuente: Historia Clínica

Las tablas 5 y 6 muestran la relación entre la fase clínica y el tiempo de evolución de la hipertensión en mujeres pre y postmenopáusicas con predominio en el primer caso de las pacientes con menos de un año de hipertensión con fase clínica I para el 37, 1%. Sin embargo, en la etapa de la vida postmenopáusica la mayoría de las pacientes tenían más de tres años de evolución con fase clínica I y II para un 26, 2% y 21, 3% respectivamente. En este grupo de pacientes el 16, 8 % presentó Hipertrofia Ventricular Izquierda.

Tabla 5. Fases Clínicas de las Pacientes Premenopáusicas según tiempo de evolución de la HTA

Tiempo de Evolución de las HTA	Fases Clínicas de las Pacientes						Total	%
	I		II		III			
	No.	%	No	%	No.	%		
Menores de 1 año	13	37,1	5	14,3	-	-	18	51,4
De 1 a 3 años	4	11,4	-	-	-	-	4	11,4
Más de 3 años	6	17,1	5	14,3	2	5,8	13	37,2
Total	6	65,6	10	28,6	2	5,8	35	100

Fuente: Historia Clínica

Tabla 6. Fases Clínicas de las Pacientes postmenopáusicas según tiempo de evolución

Tiempo de Evolución de la HTA	Fases Clínicas de las Pacientes						
	I		II		III		Total
	No.	%	No.	%	No.	%	
Menores de 1 año	12	19,7	1	1,6	-	-	
De 1 a 3							
Más de 3 años	12	19,7	3	4,9	-	-	15
Total	40	26,2	13	21,3	4	6,6	33

Fuente: Historia Clínica

DISCUSIÓN

Muchas investigaciones han planteado el aumento brusco de la presión arterial a partir de los 50 años al igual que los resultados obtenidos en la investigación, dentro de los que se destacan estudios cubanos como los de Macías Castro y Dueñas, así como el realizado en Ciudad de León en México y Meryland (4, 14, 15). Se plantea su posible relación con los influjos hormonales en el período postmenopáusico (14, 15). Aunque para muchos autores (14, 16) la hipertensión es mucho más frecuente en mujeres negras, en este trabajo resultó contrario a lo que parece estar relacionado con la distribución étnica de nuestra población.

Bien conocido es por todos que no aparecen síntomas clínicos que acompañen significativamente a la HTA sino que su ausencia resulta una característica más común (16) donde no está al margen el sexo femenino. Refieren bibliografías (5, 6) que las primeras manifestaciones en las hipertensas con frecuencia ocurren alrededor de la menopausia, al igual que otros autores plantean que cuanto más marcado sea el declinar de la función ovárica más se pronuncian los síntomas que se unen a la HTA. (9)

La curva de prevalencia y los resultados del estudio sugieren fuertemente que el incremento de la frecuencia de la HTA en el sexo femenino se asocia a la edad y a la instalación de la menopausia, pudiendo encontrarse su explicación en las características biológicas de la longevidad, además de los cambios endocrinos propios de la menopausia. A pesar de que algunos estudios como el del Condado de Alligherry (16) no muestran relación; otros autores plantean que la deprivación

hormonal de la menopausia unida al estilo de vida son factores que influyen en la aparición de la HTA en la mujer (9, 11).

Kim y Miller (17, 18) demostraron en su estudio, resultados similares a los de este trabajo, pues los niveles más bajos de lipoproteínas se encontraron en mujeres que menstruaban, porque según refiere cuentan con el alivio cíclico, lo cual las pone en ventaja sobre las no jóvenes y los hombres. El estudio de Kornhause en Ciudad de León y el estudio realizado en Maryland (14, 15) concluyen que las hiperlipoproteinemias constituye el factor aterogénico por excelencia y plantean como factor de riesgo independiente el aumento del colesterol total, LDL colesterol, triglicéridos y disminución de las HDL-colesterol.

Es importante señalar que los estudios en relación a las fases clínicas y el tiempo de evolución de la HTA han sido pocos . Algunos autores refieren que las pacientes hipertensas , aún en fase I, si no se tratan presentan riesgos elevados de graves complicaciones. El estudio de Framinhang (19) plantea la acción sinérgica de la hipertensión y la obesidad para la aparición de la Fase III y además se encuentra la asociación de la HVI con aumento de riesgo de 5, 8 a 7 veces en mujeres de edad media. Otros autores plantean que en las mujeres premenopáusicas el peligro de complicaciones vasculares es menor por la protección relativa que ofrecen los estrógenos.

CONCLUSIONES

La frecuencia de la HTA en mujeres aumenta con la edad. En más del 50% se realiza el diagnóstico después de la menopausia; presentándose en menos de la mitad algún síntoma acompañante.

Los trastornos dislipidémicos fueron más acentuados en las mujeres postmenopáusicas fundamentalmente el aumento del colesterol total y los triglicéridos, así como la disminución de las HDL- colesterol.

Predominó en mujeres hipertensas premenopáusicas una evolución de la enfermedad menor de un año con fase clínica I, mientras que en las postmenopáusicas la hipertensión tuvo más de tres años con fase clínica I y II.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Azpitarte A. Survey regional de epidemiología de la hipertensión. Rev. Española Cardiol 1962; 15 (9): 557-625.
2. Pickering G. Hypertension, deffinitions, natural histories Am J med 1975; 12 (3): 84-93.

3. Kannel W B. Relation of adipose to blood pressure and development of hypertension. The Framingham study. *Am Intern med* 1978; 67-18.
4. Grupo multidisciplinario para estudio de la hipertensión arterial: definiciones y clasificaciones. Ciudad de la Habana: Editorial Pueblo y educación, 1990, 123-30.
5. Wygaarden James B, Lloy H, Smit J, Claude Bennett. Cecil. Tratado de Medicina Interna, 19^{ed}. México: Nueva editorial Interamericana; 1994. p. 290-309; 1352-53.
6. Coca A, de la Sierra. Diagnóstico del Síndrome Hipertensivo en Decisiones Clínicas y Terapéuticas en el Paciente Hipertenso. Barcelona: Editorial Jims, 1993. p. 168-78.
7. Tarao S. Hypertension. *Asian Med* 1995; 38(9): 459.
8. The sixth report of the Joint Committe of Detection. Evaluation and treatment of High Blood Pressure. (JNCVI) *Arch Intern Med* 1997; November 24.
9. Mariane J, Legato LD. Coronary Artery Disease in Women . *Int J Fert* 1996; 41 (2): 94-100.
10. Ormandi C. Presión Arterial en Cuba. *Rev Cubana Med* 1990; 13 (3):157-256.
11. Colditz GA. Menopause and the risk of dead in Women. *N Eng J Med* 1993; 16 (5): 105-10.
12. Bacon G. Serum lipids and lipoproteins. *Univ Mich Ned Cent J* 1990; 34-84.
13. Friedwald W T. Estimation of the Concentration of density lipoprotein cholesterol in plasma *Clin chem* 1980; (3). 1446-66.
14. Kornhauser C, Malacara J M, Donato F, Botella. Mayor prevalencia de la hipertensión arterial en mujeres mayores de 50 años en la ciudad de León México. *Rev Invest Clin* 1994; 7 (46): 287-94.
15. Tyroler H A. Hypertension. Evans country studies of black and whites. In: Paul of epidemiology and control of hypertension. *Amer Jr epidemiol* 1997; 7(3): 102-7.
16. Busch TL. The epidemiology of cardiovascular disease in premenopausal women. *Ann N Y Acad Sci* 1994; 592 (13): 263-71.
17. Kim HJ. Changes in lipoprotein composition during the menstrual cycle metabolismo. *Amer J. epidemiol* 1993; 28 (4): 663 -68.
18. Miller V T. Dyslipoproteinemia in women *endocrinol metab med. Clin N Amer* 1990; 19(9): 381-8.
19. Hjortland MC. Some atherogenic concomitans of menopause. The Framingham study. *Amer J epidemiol* 1990; 103(12): 304-11.
20. Joshiya H. Relación de triglicéridos y alteraciones. *Asian med J* 1996; 39 (1): 28-37.

Dr. Regino Rodríguez Acosta. Especialista de I Grado y Profesor Instructor de Medicina Interna. Instituto Superior de Ciencias Médicas Carlos J. Finlay. Hospital Provincial Docente Clínico Quirúrgico Camagüey Manuel Ascunce Domenech. Camagüey, Cuba.