

>>>

MANUAL DEL PACIENTE HIPERTENSO

A B C de la Hipertensión, el Colesterol y la Diabetes

>>>

MANUAL DEL PACIENTE HIPERTENSO

A B C de la Hipertensión, el Colesterol y la Diabetes

Dr. Guillermo Fábregues

Médico Cardiólogo de la Fundación Favaloro

Este Manual está auspiciado por:



Sociedad Argentina de Cardiología



Sociedad Interamericana de Cardiología



Fundación Cardiológica Argentina



**Consejo de Hipertensión Arterial de la Sociedad
Argentina de Cardiología "Dr. Eduardo Braun Menéndez"**

Este libro está dedicado a mis padres

.ÍNDICE: HIPERTENSIÓN ARTERIAL

16 **.EL PROBLEMA: HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

34 **.LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA: TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

50 **.HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN POBLACIONES ESPECIALES**

60 **.ENFERMEDADES ASOCIADAS CON LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

84 **.MITOS Y CREENCIAS: PREGUNTAS SOBRE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL**

94 **.GLOSARIO**

A ANÉCDOTA

M MENSAJE

Una invitación para el paciente hipertenso

Querido paciente:

En este manual, pensado especialmente para usted, el Dr. Fábregues le realiza una doble invitación. Por un lado, lo invita a conocer todos los detalles de la hipertensión arterial, la enfermedad con la que debe convivir; por el otro y, a mi modo de parecer, tan necesario como el conocimiento, lo invita a participar en la prevención y en el tratamiento de su hipertensión.

Con un lenguaje cálido y accesible que informa y desmitifica, le descubre su propia responsabilidad en la construcción de una calidad de vida mucho mejor. Le muestra su papel de actor principal en el cuidado de su salud. Le brinda una guía amena para hacerse cargo de su propio bienestar. El Dr. Fábregues le brinda explicaciones claras para comprender cómo la hipertensión arterial aumenta la mortalidad por favorecer la aparición de insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal, enfermedad coronaria y problemas cerebrovasculares. También señala que ese es el motivo por el cual se la considera un factor de riesgo.

El control de los factores de riesgo es muy sencillo y para nada trabajoso cuando se lo compara con los beneficios de los que usted va a gozar. La

probabilidad de muerte por enfermedad cardiovascular aumenta cuando están presentados 2 o más factores de riesgo en forma simultánea. Por ejemplo: hipertensión arterial combinada con exceso de peso y tabaquismo. El hipertenso, por lo general, no siente ninguna molestia y descubre su condición en forma casual, generalmente en un examen médico prelaboral, o preuniversitario. Muchas veces los pacientes consultan al médico cuando los daños orgánicos producidos por la hipertensión son importantes, lesiones que detectadas a tiempo y tratadas precozmente pudieron haberse evitado. El aumento de la presión sanguínea perjudica a largo plazo a todo el organismo y causa diversos trastornos. El corazón presenta claros signos de debilitamiento y fatiga así como las arterias pierden su elasticidad y se muestran más propensas a roturas.

Si la presión alta no se corrige con un buen tratamiento, es una de las causas más frecuentes de enfermedades vasculares. En este estado, debido a la poca resistencia que ofrecen las arterias alteradas y endurecidas pueden romperse y producir hemorragias, ya sea en el oído, en la retina o en otros puntos del cuerpo. También pueden producirse daños en el cerebro, como los ataques cerebrales y apoplejías. Casi todos los trastornos de la circulación de las arterias cerebrales que se generan en personas jóvenes o adultas con pérdida de la conciencia y parálisis, son debidos a la presión alta.

Una actitud educativa concientizadora puede ayudar a retardar la aparición de la enfermedad en los hijos de los hipertensos. La principal sugerencia es reducir moderadamente el consumo de sal y mantener una conducta general responsable, en la que tengan un papel preponderante la actividad física, la recreación para disminuir el efecto de la ansiedad y la disminución del peso corporal, el estrés y el consumo de alcohol. Estas medidas generales y relativamente fáciles de llevar a cabo pueden ayudar a “proteger” de la hipertensión a las personas con antecedentes familiares.

Mi consejo final: No rechace la doble invitación del Dr. Fábregues.

Dr. René G. Favaloro

.PRÓLOGO

08

Usted que va a comenzar a leer este libro, puede que se haga la pregunta: ¿valdrá la pena el tiempo y el esfuerzo dedicado al control de la presión arterial y otros factores de riesgo, si las enfermedades que padeceremos a lo largo de nuestra vida ya están escritas en nuestros genes? Como se dedican a propalar a los cuatro vientos los publicistas que hablan de la secuencia de genes de la doble hélice de ADN que se descubre en el proyecto del “genoma humano”.

Sin embargo, resulta muy claro y evidente que la epidemia de enfermedad cardiovascular ocurrió en el último siglo, debido a cambios en la nutrición hacia dietas con alta densidad de calorías y grasa animales, la disminución en el ejercicio físico y el cigarrillo introducido por la vida moderna; cuando los cambios genéticos para producir enfermedades implican miles o ciento de miles de años de evolución.

Además en el registro de mellizos de los países nórdicos, el grupo de los mellizos monocigotos –gemelos de idéntico parecido físico–, que comparten genes iguales, comparados con los mellizos dicigotos (que no tienen genes iguales), se observa que la presentación del mismo tipo de cáncer entre los mellizos de los dos grupos es bastante similar, confirmando que la influencia ambiental sigue siendo mucho más importante que los genes que se comparten.

A pesar de la propaganda abrumadora de la “ingeniería genética”, podemos sentirnos aliviados porque la evidencia científica nos quita de los hombros la imposición determinista de que nuestro futuro ya está escrito. Pero todavía nos queda la pregunta: ¿el esfuerzo de modificar nuestro “estilo de vida”, valdrá la pena?.

El seguimiento durante 14 años del “Estudio de la Salud de las Enfermeras” en EE.UU. nos da la respuesta. Las mujeres que no fumaban se

mantenían en un peso adecuado y activas, bebían medio vaso de vino por día, consumían más fibras y ácidos grasos poliinsaturados, reducían en un 83% la posibilidad de padecer un evento coronario, comparadas con el resto. O sea, para decirlo como a nosotros nos interesa, más de 8 de cada 10 de los episodios coronarios pueden ser atribuidos a que no se siguió un estilo de vida que implicaba una dieta saludable, la abstención de fumar y la realización moderada de ejercicio físico.

Por lo tanto, deberíamos acordar que la manera como vivimos explica muchos de nuestros malestares físicos y que la posibilidad de padecer una enfermedad vascular va a depender de nuestras condiciones concretas de existencia.

Pero en mi opinión, debemos cuidarnos de “culpar a la víctima” cuando los médicos hablamos de lo que llamamos “estilo de vida”, porque estigmatizamos a la persona haciéndola responsable por su comportamiento individual ante los llamados “factores de riesgo”. Esa manera de hablar oculta el verdadero “victimario”: los factores sociales, culturales y económicos que son los verdaderos responsables de nuestro “modo de vida” en la sociedad que nos tocó vivir.

Si entendemos como “estilo de vida” a los hábitos del comportamiento individual y traducimos esa conducta a lo que llamamos “modo de vida”, con esa expresión abarcamos al sistema de condiciones económicas, socio-políticas y culturales que son las formas características, estables y repetidas de la vida cotidiana de las personas y las colectividades. Entendiéndolo de ésta forma, no es difícil comprender que los llamados “factores de riesgo” de nuestro estilo individual de vida, se conviertan en un determinado “modo de vida” para cada clase, capa o sector social que se expresa en los hábitos higiénicos, composición de la alimentación, calidad de la vivienda, condiciones de trabajo, etc. y aún en la forma, peso y composición física corporal.

Si aceptamos que la enfermedad vascular es un continuo que sucede durante toda la vida, podemos pensar que está determinado por factores que van del crecimiento uterino o los primeros años, a las condicio

09

nes sociales en que se desenvuelve su “modo de vida”, una vez desarrollados biológicamente. Por lo tanto, a lo largo de toda la vida, desde la “cuna” hasta que se produzca la muerte, se puede intervenir para disminuir la probabilidad de enfermarse.

Como no somos Robinsones individuales aislados e incommunicados en nuestras islas, como pretende la teoría económica liberal, sino ciudadanos con un lugar en nuestro mundo, cuando adoptamos un diferente “estilo de vida” estamos contribuyendo a la transformación del “modo de vida” del grupo colectivo al que pertenecemos. Convivir en un ambiente social saludable es la mejor manera no sólo de estar sino también de sentirse sano.

Tengo en alta estima que el Dr. Guillermo Fábregues, a quien conozco desde sus inicios en la residencia médica, se haya aventurado en la difícil pero grata tarea de educar al soberano para promover su salud con este “Manual del paciente hipertenso”, sin menospreciar la capacidad de entendimiento de los legos y brindando con claridad toda la información científica posible.

Galileo Galilei fue el primer científico que escribió en la lengua vulgar italiana en lugar del latín, para que de esa forma lo comprendiera el pueblo. Salvando las distancias, mi amigo el Dr. Fábregues también escribe en un lenguaje fácilmente comprensible y no técnico para que usted lo entienda y pueda actuar en consecuencia. Auguramos que no tendrá que esperar 400 años, como Galileo, para que se le reconozca el esfuerzo realizado y que usted lector tenga el derecho de reconocer qué hacer para mantener y mejorar su salud.

Dr. Hernán Doval
Médico Cardiólogo del Hospital Italiano.

.PRÓLOGO

Cuando decidí publicar una nueva edición del Manual del Paciente Hipertenso, lo primero que me planteé fue si se justificaba. La respuesta surgió fácilmente, sí.

- 12 En los últimos años han habido muchos avances en la cardiología, particularmente en el campo de la hipertensión arterial, el colesterol y la diabetes.

Esta nueva edición, muy ampliada, posee además diferencias de forma: se han agregado *Mensajes*, que tienen por objetivo resaltar conceptos importantes que usted debe saber; *Anécdotas*, que ejemplifican temas de interés; *Lo importante para recordar*, que como su nombre lo dice, son las cosas imprescindibles que usted debe conocer y un *Glosario*, al final del manual, con términos médicos con su significado.

Con respecto a la hipertensión arterial, hoy contamos con una nueva clasificación, que tiene cambios importantes respecto de la anterior.

Además, se han publicado numerosos trabajos que demuestran el beneficio del tratamiento de la hipertensión, consolidando dos aspectos: la reducción de los ataques cerebrovasculares, del infarto de miocardio, de la insuficiencia cardíaca y la seguridad de las drogas.

En la primera parte se han agregado temas de importancia, como la apnea del sueño y la disfunción sexual.

En la segunda parte del Manual se desarrolla el tratamiento de la hipertensión arterial, en el que se destacan las medidas no farmacológicas como una forma eficaz de prevención y de tratamiento.

En la tercera parte se pone mucho énfasis en la medición de la presión arterial en los niños.

En cuanto a la mujer, se resalta que las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de muerte en ella, por lo que, a la prevención de enfermedades ginecológicas debe agregar un control adecuado de su presión arterial, del colesterol y del peso, y que en la mujer embarazada la mejor prevención es un buen control prenatal.

Con respecto a la gente mayor de 60 años, se sabe que la hipertensión arterial es una enfermedad frecuente, pero que no es una situación normal.

En la cuarta parte se tratan temas muy asociados con la hipertensión arterial, como el colesterol elevado, la diabetes y la obesidad. Los denominamos las “malas compañías”.

Finalmente, en la quinta parte se citan las preguntas y creencias más frecuentes de los pacientes con hipertensión arterial.

En Latinoamérica, factores demográficos y sociales, condicionan una alta prevalencia de hipertensión arterial.

En México en el año 2000 la prevalencia informada de hipertensión arterial entre los 20 y 69 años fue del 30.05%, es decir, más de 15 millones de mexicanos, en dicho grupo de edad. Los estados del Norte de la república, alcanzaron cifras aún mayores. Lamentablemente, el 61% de los hipertensos detectados en la encuesta nacional 2000, desconocieron saber que eran hipertensos, situación que es de extrema importancia ya que, en general, en México el paciente acude al médico cuando ya han transcurrido varios años desde el inicio de su hipertensión arterial y, probablemente, ya habrá en su mayoría algún grado de compromiso cardiovascular. Además, de los que fueron detectados como conocedores de su enfermedad, sólo la mitad estaba bajo tratamiento farmacológico antihipertensivo, y de éstos, sólo el 14.6% mostró cifras consideradas de control (< 140/90 mm Hg).

El bajo nivel socioeconómico y educacional favorece el desarrollo de hipertensión y contribuye a que no se reconozca y se trate menos.

Así, en Chile, en el estrato económico superior, la hipertensión y la obesidad ocurren en el 12% y el 21,5%, respectivamente, en tanto que se elevan al 21% y al 40% en el inferior.

Los años de escolaridad se correlacionan inversamente con la mortalidad cardiovascular y cerebrovascular. En la Argentina, la hipertensión arterial es del 19% entre las personas más instruidas y trepa al 50% entre las que carecen de instrucción.

Diferentes estilos de vida contribuyen a la menor prevalencia de hipertensión en las poblaciones andinas de Venezuela, en donde es del 21% y llega al 36% en la región oriental. El tabaquismo, el sedentarismo, el sobrepeso y la obesidad, agregados a la pobreza y a la disminución de la educación en nuestros países, hacen que la hipertensión sea un problema grave, creciente en la región, y es uno de los principales factores de la alta mortalidad cardiovascular, la cual podría aumentar en los próximos años.

Creo que la lectura de este Manual le será de mucha utilidad, a usted y a su familia, al menos ése es mi deseo, y espero que lo ayude a tomar conciencia de que la hipertensión arterial es una enfermedad, que puede y debe ser controlada, y de ésta forma no sólo podrá vivir más años, sino que podrá vivirlos mejor.

Agradecimientos

Deseo manifestar mi agradecimiento a las personas que me guiaron en mi carrera. En primer lugar, a mi padre, quien fue mi ejemplo durante toda la vida y despertó en mí la vocación por la medicina y me enseñó que lo más importante es la relación médico-paciente.

Al Dr. René Favalaro, que me permitió desarrollarme profesionalmente en su Fundación.

Al Dr. Hernán Doval, quien me enseñó las cosas más importantes de la medicina.

Al Dr. Alberto Domínguez, quien me ayudó en mis comienzos, dándome la confianza que se necesita cuando más se requiere.

A la Lic. María Emilia Mazzei, por su colaboración en la sección de alimentación con el aporte de su gran experiencia en el tema.

También deseo expresar mi agradecimiento a mis pacientes, que fueron y son los destinatarios de mi trabajo cotidiano.

Por último, mi reconocimiento al Laboratorio Merck, Sharp & Dohme por la impresión de este Manual.

*Dr. Guillermo Fábregues
Médico Cardiólogo*

EL PROBLEMA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

.EL PROBLEMA: HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Hipertensión arterial, “el asesino silencioso”

La hipertensión arterial se conoce como el asesino silencioso. Creo que esta afirmación es incorrecta, porque lo que realmente hace daño es la falta de información y conciencia de la gravedad de esta enfermedad. Habitualmente se considera un problema pasajero, relacionado con estados emocionales (“mi presión es nerviosa”), y no lo que realmente es: una enfermedad. El objetivo de este manual es darle información, ayudarlo a que tome conciencia y fundamentalmente a que aprenda a convivir sin miedo con su enfermedad.

— (A) —

Anécdota. En 1997 participé con el Dr. Alberto Villamil en una charla a la comunidad de Coronel Suárez. Al finalizarla, un periodista local nos hizo una nota sobre hipertensión arterial. Su primera pregunta fue: ¿Qué opina de la hipertensión, “el asesino silencioso”?

Le manifesté que no creía en esa afirmación, que pensaba que lo que hacía daño a las personas era la ignorancia y la falta de conciencia de que la hipertensión es una enfermedad que se debe detectar, tratar y controlar. Fue muy impactante, al día siguiente, cuando volvía a Buenos Aires, ver en la tapa del diario en un quiosco: “La hipertensión arterial no es un asesino silencioso, lo que mata es la ignorancia”.

Hipertensión arterial como factor de riesgo

El paciente hipertenso raramente presenta su enfermedad en forma aislada sino que generalmente tiene otros factores de riesgo (son aquellos que, cuando están presentes, predisponen al desarrollo de la enfermedad cardíaca y cerebrovascular). Los más importantes son: el colesterol elevado, la diabetes, el sobrepeso, el tabaquismo, el sedentarismo y los antecedentes familiares de hipertensión arterial.

¿Qué es la presión arterial?

Abra una canilla de agua. ¿Alguna vez se preguntó cómo llega el agua hasta ahí? La respuesta es simple: por la presión generada por una bomba y un sistema de caños. Algo similar sucede en nuestro cuerpo. El corazón es “la bomba” y “los caños” son las arterias.

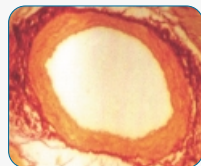
El corazón actúa como una bomba que envía al organismo alrededor de 5 litros de sangre por minuto. Cuando el corazón se contrae, impulsa la sangre hacia las arterias. La presión más alta alcanzada se llama sistólica o máxima. Cuando se relaja, la presión más baja se denomina diastólica o mínima. Una presión normal para una persona adulta es menor de 120/80 mm Hg o “12/8” (mm Hg [milímetro de mercurio] es la unidad de medida para la presión arterial).

¿Qué es la hipertensión arterial?

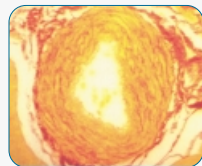
Lo primero y más importante que hay que destacar es que la hipertensión arterial es una enfermedad de la pared arterial, que se caracteriza por un aumento de su espesor y disminución de la luz de la arteria (Figura 1).

FIGURA 1

LA HIPERTENSIÓN ES UNA ENFERMEDAD DE LA PARED ARTERIAL



ARTERIA NORMAL



HIPERTENSIÓN ARTERIAL

También es, junto con el colesterol elevado y el tabaquismo, el principal factor de riesgo para el desarrollo de enfermedad coronaria y cerebrovascular, como lo son el infarto de miocardio y el ataque cerebral. Se considera que una persona tiene hipertensión arterial cuando después de controles reiterados de la presión arterial, ésta es igual o mayor de 140/90 mm Hg o “14/9”. Es importante destacar que no se puede hacer el diagnóstico de hipertensión ni determinar su severidad con una toma aislada de presión arterial.



Mensaje. La hipertensión es una enfermedad de la pared arterial, un factor de riesgo de desarrollar complicaciones cardiovasculares y cerebrovasculares, y una cifra igual o mayor de 140/90 mm Hg o “14/9”.

¿La presión arterial varía?

Es muy importante destacar que la presión varía latido a latido, durante el día y la noche, frente a situaciones cotidianas como caminar, hablar por teléfono, realizar ejercicios o dormir. Por lo tanto, la variación de la presión arterial es un fenómeno normal (Figura 2).

FIGURA 2

VARIACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL DURANTE LA VIDA COTIDIANA

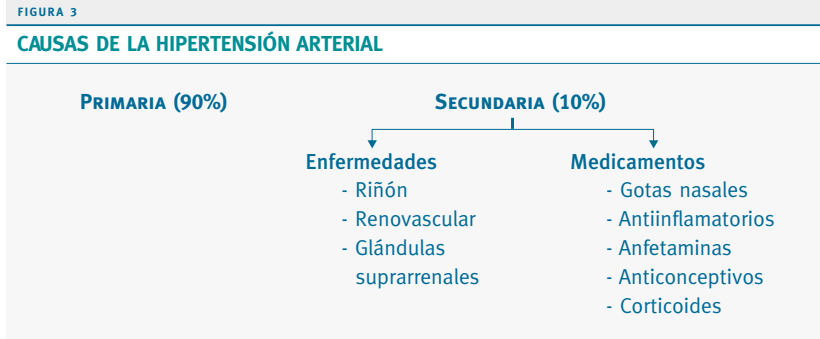
ACTIVIDAD	PRESIÓN ARTERIAL MÁXIMA (mm Hg)	PRESIÓN ARTERIAL MÍNIMA (mm Hg)
Reunión de trabajo	+20,2	+15,0
Trabajar	+16,0	+13,0
Manejar	+14,0	+9,2
Caminar	+12,0	+5,5
Hablar por teléfono	+9,5	+7,2
Reposo	BASAL	BASAL
Dormir	-10,0	-7,6

¿Cuál es la causa de la hipertensión arterial?

En la mayoría de los casos la causa se desconoce, se denomina primaria, existe un componente genético o hereditario que provoca que una persona la desarrolle en algún momento de su vida. Este riesgo aumenta aún más cuando ambos padres son hipertensos.

En un pequeño porcentaje la causa es secundaria a algunas enfermedades del riñón, las glándulas suprarrenales y algunos medicamentos. Finalmente, una causa importante es el consumo excesivo de alcohol (Figura 3).

20



¿Qué medicamentos pueden subir la presión?

Algunos medicamentos, como las anfetaminas, las gotas nasales, los corticoides, el uso crónico de antiinflamatorios y los anticonceptivos orales, pueden producir un aumento de la presión.

El uso crónico de antiinflamatorios. Es frecuente encontrar que en pacientes que tenían su presión arterial controlada, se vuelve más difícil su control por el uso de estas drogas.

En ese caso lo conveniente es que le comente a su médico qué fármacos está tomando, para ajustar las dosis o para que le indique fármacos que no producen este efecto sobre la presión arterial.

Los descongestivos nasales pueden provocar hipertensión porque con

tienen sustancias vasoconstrictoras que alivian la congestión nasal pero pueden provocar un aumento de la presión arterial.

Los anticonceptivos orales pueden producir hipertensión arterial en un 5% de los casos. Se asocian con hipertensión en las mujeres con sobrepeso o en aquellas que son mayores de 35 años.

Si usted es hipertensa y los está tomando, lo primero que debe hacer, es confirmar con su médico que sean la causa de su hipertensión, en cuyo caso deberá plantearse si no hay algún otro método anticonceptivo que sea mejor para usted.

21

Estrés e hipertensión

¿Qué es el estrés? Es la respuesta normal del organismo para defenderse de una situación de peligro. El organismo aumenta la frecuencia cardíaca, la presión arterial y segrega algunas sustancias para responder con rapidez.

Un ejemplo: Imagínese a orillas de un lago pescando en una apacible tarde, su corazón late normalmente y su presión es normal. Pero de pronto, aparece detrás suyo un oso mostrando sus colmillos; su corazón comienza a latir muy rápidamente y su presión se eleva en forma brusca para que usted pueda combatir o huir (le recomiendo que huya).

Esta situación no es muy habitual en el mundo moderno, pero cuántas veces nuestra realidad está amenazada por muchos “osos”.

“Mi presión es nerviosa”

Cuando uno le pregunta al paciente ¿cuál cree que es la causa de su hipertensión? la respuesta frecuentemente es la misma: “Mi presión es nerviosa”.

Lamentablemente, ésta es la creencia de la gran mayoría de los pacientes hipertensos que los lleva a pensar que la hipertensión se debe a un estado emocional y no a lo que realmente es: una enfermedad de la pared arterial con engrosamiento de su capa muscular (hipertrofia vascular).

Estos cambios anatómicos hacen que una persona hipertensa reaccione en forma exagerada a situaciones de estrés (liberación de catecolaminas) y su presión llega a valores muy elevados.

Un ejemplo: dos personas sufren una misma situación de estrés; mientras que la persona normal presenta una elevación leve de su presión (su arteria es normal), la persona hipertensa presenta “un pico de presión arterial” (como consecuencia de su pared arterial enferma). El estrés es similar en ambos, la diferencia está en las arterias.

22



Mensaje. La presión no es nerviosa, es una enfermedad.

¿Qué es la presión de consultorio o de guardapolvo blanco?

“Cuando voy al médico me sube la presión”. Éste es un comentario habitual de los pacientes cuando concurren a la consulta.

Es importante distinguir dos conceptos diferentes: la “hipertensión de guardapolvo blanco” y el “efecto de guardapolvo blanco”.

La hipertensión de guardapolvo blanco puede observarse en una persona con presión arterial normal en la vida cotidiana, y aumento de la presión arterial en la consulta. Mientras que el efecto de guardapolvo blanco ocurre en algunas personas con hipertensión que en la consulta aumentan aún más su presión arterial.

Para confirmar dichos diagnósticos es probable que su médico solicite un monitoreo ambulatorio de presión arterial (también llamado Holter de presión arterial o presurometría de 24 horas).

¿Cómo se clasifica la hipertensión arterial?

La última clasificación de hipertensión arterial es la siguiente (Figura 4).

FIGURA 4

CLASIFICACIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL

CATEGORÍA	SISTÓLICA	DIASTÓLICA
Normal	< 120	< 80
Prehipertensión	120-139	80-89
Hipertensión		
Estadio 1	140-159	90-99
Estadio 2	≥ 160	≥ 100

23

Se considera:

Presión arterial normal aquella igual o menor de 120-80 mm Hg.

Esto se debe a que en un estudio —que incluyó un millón de personas— demostró que cuando la presión arterial sistólica o máxima es mayor de 115 mm Hg y de 75 mm Hg la diastólica o mínima, aumenta el riesgo de presentar un evento cardiovascular.

Prehipertensión:

Esta denominación se debe a que, la gran mayoría de las personas que tienen estos valores durante el seguimiento de largo plazo, desarrollan hipertensión.

Estadios I y II:

El estadio I define hipertensión arterial. El estadio II nos dice que ésta es de grado moderado o severo.

¿La hipertensión arterial es una enfermedad frecuente?

Es la enfermedad más frecuente en occidente, alcanza al 20% de la población adulta y al 60% de las personas mayores de 65 años. Es importante destacar que la mitad de los pacientes hipertensos ignoran que están enfermos y aquellos que conocen su enfermedad, muy pocos están tratados. Además, de los que están tratados, muy pocos siguen el tratamiento en forma correcta y la mayoría lo abandona al poco tiempo.

A

Anécdota. En una oportunidad estaba en un programa de radio. Me habían invitado para hablar de hipertensión. En la sala había cuatro personas, un médico que me realizaba las preguntas, una periodista que leía los anuncios, y una señora, que nunca supe claramente qué hacía. En un momento de la charla dije que la hipertensión es una enfermedad frecuente y que una de cada cuatro personas adultas presenta esta enfermedad. Me quedé mirando y percaté de que los presentes en la sala éramos cuatro personas y se me ocurrió decir al aire que si esta afirmación era verdad, uno de nosotros cuatro debía ser hipertenso. Me quedé callado y un poco ansioso miré a mis acompañantes; se hizo un silencio que duró unos segundos, eternos, y la señora que estaba frente a mí me dijo, “Soy yo doctor, yo soy hipertensa”. Le dije “gracias”: se había confirmado la regla.

A

Anécdota. Hace dos años estaba en Colombia, había sido invitado para participar en un Congreso de Cardiología y sus autoridades me solicitaron que hiciera una nota para un diario local.

Al día siguiente vino el periodista, una persona de unos 30 años, y comenzamos con la entrevista. En un momento de la nota le digo que existía la “regla de las mitades” que había sido creada hace 40 años y que hoy lamentablemente sigue teniendo vigencia. La regla dice que la mitad de los hipertensos ignoran que lo son, de los que lo saben sólo la mitad recibe un tratamiento para su presión y de éstos, sólo la mitad tiene su presión arterial controlada. Se sorprendió y me dijo, ¡Qué barbaridad que las personas no sepan si son hipertensas!

Lo miré y se me ocurrió preguntarle ¿cuál es su presión arterial? Y me dijo que él no era hipertenso. Le pregunté cómo lo sabía si no se la había tomado. Al día siguiente el periodista vino nuevamente al hotel y me dijo que luego de nuestra charla tuvo curiosidad y fue a tomarse la presión. La tenía alta.

M

Mensaje. La mitad de los hipertensos ignoran que lo son.

¿La hipertensión provoca algún síntoma?

Pueden aparecer síntomas inespecíficos, como dolores de cabeza, irritabilidad, cansancio y mareos. Pero en la mayoría de los casos no provoca síntomas.

M

Mensaje: La única manera de saber si usted tiene la presión arterial alta es registrándola.

¿La toma domiciliaria o en la farmacia es de utilidad?

Es de utilidad porque nos permite conocer los cambios de la presión arterial durante la vida cotidiana de nuestros pacientes. Pero debe estar indicada por el médico, ya que hay pacientes que contraen la enfermedad llamada “presuromanía” (la manía de tomarse la presión arterial a cada momento) y dado que la presión varía, hecho normal, siguen controlándola y entran en un círculo vicioso que hay que evitar.

En la actualidad existen equipos automáticos que son útiles y de muy fácil manejo. Los más útiles son los que tienen un manguito que se coloca en el brazo. Es conveniente que su médico controle el funcionamiento correcto del equipo antes de usarlo.

Es importante que sepa que una toma aislada de presión arterial elevada no debe ser motivo de angustia, ya que raramente puede provocar una complicación.

Sería conveniente que durante la consulta le pregunte a su médico cuál es la conducta que debe adoptar en estos casos.

No se recomiendan los equipos que registran la presión arterial en el dedo ni en la muñeca porque son inexactos.

¿Cuáles son las complicaciones de la hipertensión arterial? Buenas y malas noticias

La hipertensión arterial, cuando no se trata o no se controla adecuadamente, puede producir complicaciones. Las más frecuentes son:

FIGURA 5

COMPLICACIONES DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

- *Ataque cerebrovascular.*
- *Angina de pecho.*
- *Infarto de miocardio.*
- *Hipertrofia ventricular izquierda.*
- *Insuficiencia cardíaca.*
- *Insuficiencia renal.*

26

- **Ataque cerebrovascular:** es la complicación más frecuente del paciente hipertenso.

Hoy se prefiere la denominación ataque cerebral y no accidente, ya que la mayoría de las veces no es un accidente, porque se puede evitar.

Es habitual que durante la consulta el paciente diga: “Doctor, no tengo miedo de morir, sino de ser una carga para mi familia”. Y tiene razón, porque el ataque cerebral es la primera causa de discapacidad.

Existirían dos tipos fundamentales de ataque cerebral: el isquémico, que es el producido por la obstrucción de una arteria y que comúnmente se denomina trombosis cerebral, y el hemorrágico, que es el que se origina por la ruptura de un vaso sanguíneo con la consecuente hemorragia.

A diferencia del infarto de miocardio, cuyos síntomas son bien conocidos por todos, el ataque cerebrovascular no se manifiesta con dolor.

Algunos síntomas que deben alertarnos sobre un ataque cerebrovascular son las alteraciones de la sensibilidad, la pérdida de fuerza en un brazo o en una pierna, la dificultad para hablar o entender y la pérdida fugaz de la visión de uno o de los dos ojos.

El tratamiento reduce marcadamente el riesgo de presentarlo.

Luego de un ataque cerebrovascular, éste puede repetirse, por lo que es fundamental realizar un tratamiento muy enérgico para normalizar la presión arterial y el colesterol.

Será imprescindible que cambie sus hábitos y que incorpore una actividad física diaria y una alimentación saludable y, por supuesto, si fuma, abandonar el hábito.

- **Angina de pecho:** Se manifiesta con dolor en el pecho y es causada por una obstrucción parcial de las arterias coronarias, las cuales llevan la sangre al corazón.

27

El tratamiento puede ser: Médico, con un esquema de diferentes fármacos, que actúan por distintos mecanismos.

Mediante *angioplastia* (dilatación de una arteria con un catéter, que tiene en su extremo un balón, que al ser inflado destapa la arteria; generalmente se deja colocado un stent, que es una malla que evita que la arteria se tape nuevamente).

Con *cirugía coronaria*, que consiste en hacer un puente (bypass) a la arteria obstruida.

En general, en la vida de un paciente con enfermedad coronaria se pueden usar alternativamente todos estos tratamientos.

- **Infarto de miocardio:** Se manifiesta también con un dolor opresivo en el pecho que no calma con el reposo, es prolongado y genera un estado de angustia y sensación de muerte. Puede acompañarse de falta de aire, náuseas y vómitos, por lo que puede confundirse con un problema digestivo.

Es causado por la obstrucción total de una arteria coronaria. Esta complicación, es más frecuente en los pacientes hipertensos.

La hipertensión, el colesterol elevado, la diabetes, el tabaquismo, la obesidad y el sedentarismo son factores de riesgo muy importantes para la aparición de esta complicación.

- **Hipertrofia ventricular izquierda:** es el engrosamiento de las paredes del corazón, como consecuencia de una elevación crónica de la presión arterial. Su presencia favorece otras complicaciones, como la insuficiencia cardíaca. El tratamiento de la hipertensión puede lograr que la hipertrofia no progrese e incluso, en algunos casos, que se normalice.

Su diagnóstico se hace con el electrocardiograma o con la ecografía cardíaca.

- **Insuficiencia cardíaca:** se manifiesta por falta de aire, cansancio y retención de líquido.

Los dos factores de riesgo más importantes para desarrollarla son la enfermedad coronaria y la hipertensión arterial.

El estudio de Framingham demostró que el 91% de los pacientes con insuficiencia cardíaca tenían antecedentes de hipertensión arterial. Este mismo estudio demostró que el pronóstico de la insuficiencia cardíaca no es bueno.

Por lo tanto, es muy importante la detección temprana de la hipertensión arterial, porque con el tratamiento antihipertensivo se reduce en un 50% el riesgo de desarrollar insuficiencia cardíaca.

- **Insuficiencia renal:** los pacientes hipertensos tienen cinco veces más riesgo de desarrollarla que los normotensos. Se manifiesta por un aumento de la creatinina (mayor de 1,5 mg/dl).

La diabetes y la hipertensión arterial son las principales causas de insuficiencia renal.

¿Y la buena noticia?



Mensaje: La buena noticia es que la mayoría de estas complicaciones pueden evitarse con un tratamiento antihipertensivo adecuado.

¿Existe durante el día un horario más peligroso para tener un infarto o un accidente cerebrovascular?

Está demostrado que la mayoría de los infartos de miocardio y de los ataques cerebrovasculares ocurren en horas de la mañana (entre las seis y las doce del mediodía).

La explicación es que en este horario existe un aumento de la presión arterial, de la frecuencia cardíaca y de ciertas sustancias, como las catecolaminas, que predisponen al infarto.



Mensaje. La presión arterial debe estar controlada durante las 24 horas, para evitar el incremento brusco en horas de la mañana.

Disfunción sexual e hipertensión arterial

La disfunción sexual es una condición que afecta la calidad de vida del paciente y sus relaciones personales. Además es un motivo habitual para discontinuar la medicación antihipertensiva. La disfunción sexual consiste en disminución del deseo, dificultad en la erección y problemas en el orgasmo.

Varios estudios epidemiológicos han demostrado que la disfunción sexual es bastante frecuente, alrededor del 30% al 40% en personas de entre 40 y 70 años la presentan.

¿Se conoce la causa?

En una función sexual normal intervienen varios factores: neurológicos, vasculares, hormonales y psicológicos.

La disfunción sexual en los pacientes con hipertensión arterial probablemente sea la consecuencia de la alteración de algunos de estos factores.

¿Las drogas antihipertensivas producen disfunción eréctil?

La disfunción sexual puede ser a su vez un efecto adverso de algunos fármacos antihipertensivos y, como consecuencia de ello, una de las principales razones de falta de adherencia al tratamiento.

30 Las drogas antihipertensivas que pueden afectar la función sexual son los diuréticos (tiazidas y espironolactona) y los betabloqueantes (no selectivos), pero esto generalmente sucede cuando se utilizan dosis altas de estos medicamentos y no ocurre con las dosis que utilizamos actualmente.

Mientras los inhibidores de la enzima de conversión y los antagonistas cálcicos tienen un efecto neutro, algunos estudios sugieren que los antagonistas de la angiotensina incluso pueden mejorarla.

¿El sildenafil (“Viagra”) es seguro?

El sildenafil demostró que es eficaz y seguro en pacientes con disfunción eréctil, pero antes de tomarlo hay que realizar una evaluación para descartar cualquier enfermedad cardiovascular.

Los pacientes con hipertensión arterial que se encuentran medicados no tienen contraindicaciones para su uso.

El “Viagra” está contraindicado en las personas que tuvieron un infarto de miocardio reciente, en las que padecen insuficiencia cardíaca, arritmias graves o en aquellas que están tomando nitritos (medicamento que se utiliza para calmar el dolor en pacientes con angina de pecho).

A

Anécdota. Hace tres años estaba organizando una reunión para la comunidad y estaba escribiendo el programa.

Un día vino a la consulta un paciente y decidí mostrárselo para conocer

su opinión y si le parecían interesantes los temas que se iban a tratar. Lo leyó atentamente y en un momento dado quedó con la mirada fija en el texto. La charla que había captado su atención decía: ¡Cómo tener una vida sexual plena después de un infarto de miocardio!

En ese momento me preguntó: ¿Doctor, tengo que esperar a tener un infarto para tener una vida sexual plena?

Decidí cambiar el nombre de la charla y se llamó ¡Cómo tener una vida sexual plena después de un infarto de miocardio, y antes también!

31

Roncar no es sólo un ruido molesto

La apnea del sueño es una de las principales causas secundarias de hipertensión arterial y de que la presión arterial no pueda normalizarse; por lo tanto, roncar a veces es más que hacer un ruido molesto cuando uno duerme.

Pacientes hipertensos, habitualmente con sobrepeso u obesidad y que roncan durante la noche pueden tener esta enfermedad denominada apnea del sueño, situación ésta en la que el ronquido pasa a ser un síntoma más de una enfermedad. La obesidad es una enfermedad asociada muy frecuente.

¿Qué síntomas presenta?

Los síntomas que presenta una persona con este trastorno son: ronquidos durante el sueño con pausas pronunciadas de la respiración, despertares nocturnos reiterados, sueño poco reparador, somnolencia diurna excesiva, dolor de cabeza por la mañana e hipertensión arterial.

Es uno de los factores que predisponen a tener un accidente automovilístico. Si usted padece de hipertensión arterial y presenta algunos de estos síntomas, sería conveniente que consulte con su médico para confirmar el diagnóstico y realizar el tratamiento adecuado.

¿En qué consiste el tratamiento?

Primero habrá que descartar algunas enfermedades, como el hipotiroidismo

mo (disminución de la función de la glándula tiroides), donde el tratamiento de esta enfermedad puede normalizar los trastornos del sueño.

El alcohol y los fármacos para dormir favorecen esta condición; por lo tanto, hay que evitarlos. La disminución de peso mejora francamente la sintomatología del paciente. La apnea del sueño es favorecida por el hecho de dormir con la espalda apoyada. Se sugiere dormir de costado. Y una manera práctica de conseguir esto, es colocarse una pelota de tenis, envuelta en una media, en la espalda.

Dado que es bastante incómodo dormir con una pelota en la espalda, uno se pone de costado y mejora la sintomatología.

LO IMPORTANTE PARA RECORDAR

- La hipertensión arterial es una enfermedad de la pared arterial.
- La presión arterial normal es \lt de 120/80 de máxima y mínima, respectivamente.
- Se considera que una persona es hipertensa cuando luego de reiterados controles de su presión arterial, ésta es igual o mayor de 140/90.
- Las complicaciones más frecuentes de la hipertensión arterial son: el ataque cerebrovascular, el infarto de miocardio, la insuficiencia cardíaca y la insuficiencia renal.
- Todas estas complicaciones pueden prevenirse con un tratamiento adecuado.

LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA

TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

.LA SOLUCIÓN DEL PROBLEMA: TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Usted ya conoce qué es la hipertensión arterial, cuál es su causa y sabe también que es una enfermedad frecuente. Ahora, usted seguramente deseará conocer cuál es el tratamiento de esta enfermedad, de modo que en éste apartado nos dedicaremos a este tema. El objetivo del tratamiento del paciente hipertenso es doble:

Primero, prevenir las complicaciones de la hipertensión: ataque cerebral, infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca e insuficiencia renal.

Segundo: mejorar su calidad de vida.

Actualmente ambos objetivos se logran con el tratamiento antihipertensivo.

¿Preguntas sobre el tratamiento antihipertensivo?

Cuando se efectúa el diagnóstico de hipertensión arterial y se plantea la necesidad de un tratamiento, usted se hace muchas preguntas: ¿Se justifica el tratamiento?, ¿Es para toda la vida?, ¿No podrá provocarme algún problema tomar una pastilla de por vida?

Ante estos interrogantes, la mayoría de los pacientes con hipertensión arterial abandonan el tratamiento y así se exponen a complicaciones graves.

A continuación enumeramos las causas que llevan a algunos pacientes a interrumpir el tratamiento.

- La mayoría de los pacientes no se sienten enfermos y, por lo tanto, no ven una justificación para realizar un tratamiento.
- Algunas personas creen que con tomar la medicación por un tiempo logran curarse. Es frecuente escuchar: “Como tenía la presión normal y me sentía bien, dejé de tomar el medicamento”.
- Algunas personas abandonan el tratamiento porque la medicación presenta efectos colaterales como tos, dolor de cabeza, cansancio, edema, impotencia sexual.
- Hay pacientes que están tomando muchas clases de medicamentos y deciden suspender los de la presión porque se sienten bien.
- Hay quienes se quejan de que su esquema de tratamiento es demasiado complicado.

Ⓐ

Anécdota. Esto sucedió hace más de 20 años, cuando unos de mis primeros pacientes, Roberto, me dijo que había decidido no ser más hipertenso, que se sentía bien, no pensaba que estuviera enfermo y que no veía ninguna razón para tomar una medicación de por vida. Roberto tenía una hipertensión moderada, por momentos severa, y presentaba hipertrofia ventricular izquierda en el ecocardiograma. Tenía indicación absoluta de tratamiento.

Volvió a la semana y me dijo que se había convencido de que estaba enfermo, había presentado valores de presión elevados, claramente era hipertenso, y me preguntó cuál era el tratamiento que debía hacer. Hoy, Roberto está asintomático, lleva una vida normal, no tiene hipertrofia, logró normalizar su presión arterial y, por supuesto, continúa con el tratamiento para su presión arterial.

Tratamiento, ¿se justifica?

Una de las preguntas que se hace el paciente hipertenso es si “realmente se justifica el tratamiento”. Durante los últimos 40 años se han realizado estudios en pos de responder esta pregunta y hoy podemos afirmar que el tratamiento para la hipertensión arterial previene en forma categórica el riesgo de sufrir un ataque cerebrovascular, un infarto de miocardio, insuficiencia cardíaca e insuficiencia renal.

Ⓜ

Mensaje. La hipertensión debe controlarse. No hacerlo es exponerse a padecer un ataque cerebral, un infarto de miocardio o insuficiencia cardíaca.

Tratamiento no farmacológico

La modificación del estilo de vida o tratamiento no farmacológico ha demostrado que es muy beneficioso, porque se consigue disminuir la presión arterial sin efectos colaterales. Las principales medidas son:

FIGURA 6

TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO

- Actividad física.
- Reducción de peso.
- Disminución del consumo de sal.
- Abandono del hábito de fumar.

Caminar, ¿vale la pena?

Estudios epidemiológicos han demostrado una fuerte asociación entre el sedentarismo y la aparición de enfermedad coronaria (infarto de miocardio, angina de pecho). Otros estudios demostraron el beneficio de caminar todos los días.

También se ha demostrado que un plan de actividad física disminuye la presión arterial en un promedio de 10 mm de mercurio.

Además, se obtienen otros beneficios: reducción del sobrepeso, disminución del nivel de triglicéridos, aumento del colesterol HDL (el “bueno”) y probable disminución del colesterol LDL (el “malo”).

Finalmente, la actividad física reduce las respuestas exageradas a situaciones de estrés. El ejercicio debe ser de tipo aeróbico o dinámico (caminar, correr, nadar, etc.).

38 Es importante que el ejercicio se realice en forma regular y progresiva.

¿Cómo empezar?

El programa de ejercicios debe ser agradable y divertido. Usted sentirá mayor satisfacción si cumple fielmente su programa. Quien comienza un programa de ejercicio, especialmente si ha llevado una vida sedentaria, al principio no debería excederse.

Comience de a poco

Después de acostumbrarse a cierto nivel de actividad, aumente la intensidad o la duración (o ambas) de su ejercicio. El ejercicio, igual que una alimentación adecuada, es un compromiso para toda la vida. Si lo interrumpe, rápidamente se pierden los efectos saludables. A continuación se muestra una tabla que puede servirle de guía. Se sugiere que la actividad física se realice cinco veces por semana (Figura 7). Practicado de esta forma, el ejercicio no es peligroso, pero igual es imprescindible que antes de comenzar un plan de actividad física consulte con su médico.

FIGURA 7

PROGRAMA DE ACTIVIDAD FÍSICA

Semana	caminar normalmente	caminar rápidamente	caminar normalmente	minutos
1	5 min	5 min	5 min	15 min
4	5 min	10 min	5 min	20 min
8	5 min	30 min	5 min	40 min
12	5 min	40 min	5 min	50 min

A

Anécdota. Mi padre falleció cuando tenía 88 años. Siempre recuerdo que a los 86, una tarde me dijo: “Lamento mucho que no tengas mi edad, porque la estoy pasando bárbaro”. Esto seguramente fue como consecuencia de muchos factores, pero tal vez uno fue que todos los días salía a caminar durante 30 a 40 minutos, además de que no fumaba y se alimentaba en forma saludable.

Reducción de peso

El exceso de peso contribuye, desde la infancia, al desarrollo de hipertensión arterial. Una reducción moderada del peso corporal ayuda a controlar la presión arterial, como también otros factores de riesgo como la diabetes y el colesterol elevado.

¿Qué es la dieta DASH?

La dieta DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension [Propuesta alimentaria para detener la hipertensión]), es un tipo de alimentación, rica en frutas y verduras, con bajo contenido en grasas saturadas y totales y rica en potasio, magnesio, calcio y fibra, que demostró que disminuye la presión arterial (Figura 8).

¿Y la dieta mediterránea?

Se observó que los habitantes de los países mediterráneos, Grecia, Italia, España y Francia, tenían baja incidencia de enfermedad coronaria. Una de las posibles explicaciones que se encontró fue la alimentación que consumen sus habitantes y de allí su nombre. La alimentación mediterránea es rica en pescado, aceite de oliva, frutas y verduras (Figura 8).

FIGURA 8

DIETA DASH

- Frutas y verduras
- Lácteos descremados
- Abundante en potasio y magnesio
- Calcio y fibras
- Bajo contenido en grasas saturadas

DIETA MEDITERRÁNEA

- Rica en pescado
- Frutas y verduras
- Legumbres
- Aceite de oliva
- Cereales

Sal e hipertensión

Actualmente existe acuerdo en que con una reducción moderada del consumo de sal, se reduce levemente la presión arterial. Evite los alimentos con gran contenido de sodio: fiambres, embutidos, quesos duros, etcétera. Prepare las comidas sin sal y luego agréguele pequeñas cantidades para darle sabor (Figura 9).

FIGURA 9

SAL E HIPERTENSIÓN

ALIMENTOS PROHIBIDOS	ALIMENTOS LIMITADOS	ALIMENTOS PERMITIDOS
Sal común de mesa	Pan tipo francés	Frutas frescas
Sal marina	Mermeladas	Verduras frescas
Fiambres y embutidos	Queso blando	Lácteos (leche y yogures)
Quesos de pasta dura (de rallar, gruyere)	Galletitas de agua o dulces	Pastas secas
Pan con grasa	Pastas frescas	Carnes blancas y rojas magras
Enlatados en general	Cereales de desayuno	Pan sin sal
Caldos en cubo o sopas comerciales		Queso sin sal
Salsa de soja		Aceites

M

Mensaje. La actividad física diaria y una alimentación saludable son las bases de una buena salud, para usted y su familia.

¿Fumar realmente hace tanto daño?

Sí. El tabaquismo aumenta 10 veces la posibilidad de desarrollar un infarto de miocardio. El 85% de las muertes por cáncer de pulmón tienen relación directa con el hábito de fumar.

Los hijos de padres fumadores tienen un 70% más de probabilidad de ser internados por enfermedades respiratorias. Finalmente, el peso de

los recién nacidos cuyas madres fuman es menor en comparación con el de los hijos de no fumadoras.

La abolición del tabaquismo aumentaría la expectativa de vida aún más que si curáramos todos los cánceres.

En resumen, el cigarrillo es un auténtico problema. Ahora bien, si usted es fumador, seguramente todo eso ya lo sabe. Además, existe la creencia de que si usted ha fumado durante tantos años “el daño ya está hecho”, pero queremos decirle que esto no es así.

Si usted deja de fumar, su riesgo de presentar enfermedades cardíacas empezará a reducirse a los pocos meses y al cabo de pocos años será equivalente al de los no fumadores.

Si usted no puede lograrlo solo, pida ayuda. Hoy existen nuevos y eficaces tratamientos para dejar de fumar. ¡Vale la pena intentarlo!

La mujer y el cigarrillo

En los últimos años ha ocurrido que la mujer no sólo fuma más que los hombres, sino que además fuma mucho.

Por otro lado, hoy sabemos que el cigarrillo es el responsable del 50% de los infartos en la mujer.

Pero lo paradójico es que, en la mujer, uno de los motivos fundamentales para no dejar de fumar es el miedo a engordar. No tenga miedo, ya que podrá bajarlos fácilmente y se sentirá mucho mejor, usted y su familia.

A

Anécdota. En una oportunidad le realicé una ergometría a una persona mayor. Le pregunté si fumaba y me dijo que había dejado. Le pregunté por qué y la respuesta fue: “Tengo una nieta y cada vez que me acercaba ella se alejaba; le pregunté cuál era la razón y luego de unos segundos, me contestó: ‘Abuela, me das asco’.

Doctor, ese día dejé de fumar”.

A veces, el amor puede más que cualquier adicción.

M

Mensaje. El tabaquismo es una adicción y un hábito. Hoy contamos con tratamientos muy efectivos para dejar de fumar. Si usted quiere dejar de fumar, pero no puede, consulte con su médico.

Alcohol

Es mucho lo que se ha hablado últimamente con respecto al alcohol y más precisamente sobre el vino, por lo que surge el interrogante: ¿El alcohol hace bien o hace mal?

La respuesta es simple: todo es cuestión de medida. Pequeñas cantidades (una copa de vino diaria) tendrían un efecto beneficioso, ya que podrían incrementar el colesterol HDL (bueno), pero el exceso de alcohol puede provocar hipertensión arterial, daño al músculo cardíaco, aumento de los triglicéridos, arritmia y mayor riesgo de muerte súbita.

Además, está demostrado que una persona que empieza a tomar alcohol corre el riesgo de convertirse en alcohólica.

Resumiendo

Las modificaciones en el estilo de vida de un paciente hipertenso son fundamentales para el control de su presión arterial.

La actividad física no sólo disminuirá su presión arterial sino que lo ayudará a reducir el “colesterol malo” y aumentar “el bueno”, disminuir de peso y reducir la respuesta exagerada de su organismo frente a situaciones de estrés.

La disminución de peso hará descender su presión arterial. Tal vez con esta sola medida no sea necesario tomar medicamentos. Un consumo moderado de sal también ayudará.

Si usted fuma, PARE. Es la mejor forma de evitar complicaciones graves.

Finalmente, si usted consume alcohol en exceso, con sólo dejar este hábito tal vez se normalice su presión arterial.

Tratamiento farmacológico

Antes de empezar a hablar del tratamiento farmacológico, es importante que usted sepa que, si bien no conocemos la causa de la hipertensión, sí conocemos los mecanismos que la producen y éstos son varios.

De ahí que la mayoría de las veces necesitamos utilizar dos o más fármacos para poder normalizar su presión arterial, ya que cada medicamento actúa bloqueando un sólo mecanismo.

Los tratamientos modernos han demostrado una eficacia del 50 al 70%, y al combinar dos o más medicamentos se logra controlar la presión arterial en más del 90% de los casos. En la siguiente figura se muestran los diferentes medicamentos para controlar la presión arterial.

FIGURA 10

TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

- *Diuréticos*
- *Betabloqueantes*
- *Bloqueantes cálcicos*
- *Bloqueantes alfa y beta*
- *Inhibidores de la enzima de conversión*
- *Antagonistas de la angiotensina*
- *Alfabloqueantes*
- *Drogas de acción central*
- *Combinaciones fijas*

M

Mensaje. Para controlar la presión arterial la mayoría de las veces se necesitan dos o más fármacos.

A continuación mencionamos los fármacos que más frecuentemente se usan para controlar la presión arterial.

Diuréticos

Son drogas eficaces y seguras para el tratamiento de la hipertensión arterial. Los principales trabajos que demostraron que el tratamiento reduce el riesgo de presentar ataque cerebrovascular se llevaron a cabo con estos fármacos.

Se pueden administrar una vez por día, son muy económicos, generalmente bien tolerados en dosis bajas y son ideales para asociar con otros fármacos como los betabloqueantes o los inhibidores de la enzima de conversión o los antagonistas de la angiotensina.

Nombres genéricos: hidroclorotiazida, clortalidona, indapamida, espironolactona, amilorida, triamtirene y furosemida.

Betabloqueantes

También son útiles en pacientes con angina de pecho, arritmias o para prevenir un segundo infarto. Deben indicarse con extrema precaución en personas con depresión o enfermedad arterial periférica y están contraindicados en pacientes con asma bronquial.

Pueden producir efectos adversos: cansancio y frialdad en las extremidades.

Nombres genéricos: atenolol, metoprolol, propranolol, nadolol, penbutolol, timolol, bisoprolol, nebivolol.

Bloqueantes beta y alfa

El carvedilol es un betabloqueante con propiedades vasodilatadoras y antioxidantes.

Es una droga antihipertensiva eficaz y la duración de su efecto es de 24 horas, por lo que puede administrarse en una toma diaria. No afecta el perfil lipídico ni aumenta la glucosa.

Se comprobó que disminuyen la mortalidad en pacientes con insuficiencia cardíaca leve, moderada y severa.

Nombres genéricos: carvedilol, labetalol.

Bloqueantes cálcicos

Estas drogas actúan provocando vasodilatación y así logran disminuir la presión arterial. Generalmente, pueden administrarse en una toma diaria y no tienen efecto perjudicial sobre el metabolismo de los lípidos.

Recientemente, en dos grandes estudios se demostró su eficacia en pacientes mayores de 60 años, su utilidad en pacientes diabéticos y en la prevención de la demencia.

Los efectos adversos de observación más frecuente son edema (retención de líquido) en los miembros inferiores, dolor de cabeza, palpitaciones y enrojecimiento facial. Pueden asociarse con otros fármacos como los IECA o los betabloqueantes.

Nombres genéricos: nifedipina, amlodipina, felodipina, nitrendipina, isradipina, lercanidipina, verapamilo y diltiazem.

Inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina (IECA)

Son sustancias vasodilatadoras, pero actúan por un mecanismo diferente del de los bloqueantes cálcicos.

Los IECA pueden emplearse en pacientes con hipertensión leve, moderada o severa. Han demostrado que mejoran la supervivencia en pacientes con insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, consiguen disminuir o normalizar la hipertrofia ventricular izquierda y disminuir la incidencia de un segundo infarto de miocardio.

Pueden administrarse con otras drogas, como diuréticos o bloqueantes cálcicos y se pueden administrar una o dos veces por día.

Se toleran bien. El efecto adverso más frecuente es la tos seca irritativa (10 a 25%). No deben usarse durante el embarazo y se sugiere que tampoco se indiquen en mujeres jóvenes en edad de gestar, ya que pueden quedar embarazadas y sufrir algún daño.

Nombres genéricos: enalapril, perindopril, quinapril, ramipril, captopril, lisinopril, trandolapril y benazepril.

Antagonistas de la angiotensina

Representan una nueva clase de medicamentos. Pueden usarse tanto en personas jóvenes como en mayores.

46 Tienen una acción terapéutica similar a la de otros fármacos antihipertensivos (IECA), pero se caracterizan por presentar una incidencia menor de efectos adversos.

Hay evidencia de que estos fármacos tienen el efecto de disminuir la progresión de la aterosclerosis, mejorar la función intelectual, retrasar la progresión de la enfermedad renal en pacientes diabéticos, consiguen disminuir o normalizar la hipertrofia ventricular izquierda y finalmente pueden mejorar la función sexual.

Pueden tomarse una vez al día dada su acción prolongada y asociarse con otros fármacos, como diuréticos o bloqueantes cálcicos. No deben usarse durante el embarazo.

Nombres genéricos: losartán, valsartán, irbesartán, candesartán y telmisartán.

Alfabloqueantes

Tienen un efecto beneficioso en pacientes con adenoma de próstata.

Su principal efecto adverso es que pueden provocar hipotensión postural (disminución de la presión arterial en el momento de pararse) y esto es un problema, fundamentalmente en personas mayores.

Nombres genéricos: prazosina, doxazosina.

Combinaciones fijas

Es una alternativa terapéutica que puede mejorar la adherencia al tratamiento por parte del paciente.

Al combinar dos fármacos antihipertensivos, en una sola pastilla, que tienen acciones complementarias, se bloquean mecanismos diferentes que generan hipertensión, pudiéndose controlar así la presión arterial en un gran porcentaje de casos.

Drogas de acción central

Finalmente, la alfametildopa ha demostrado su eficacia y seguridad en pacientes con hipertensión durante el embarazo. También puede utilizarse en pacientes que presenten enfermedades respiratorias.

47



Mensaje. El tratamiento farmacológico de la hipertensión demostró que es eficaz en la prevención del ataque cerebral, del infarto de miocardio y, además, es seguro y mejora la calidad de vida.

Objetivos terapéuticos en el paciente hipertenso

El tratamiento del paciente hipertenso debe ser integral. A continuación detallamos los *objetivos terapéuticos* que debe alcanzar con respecto a su presión arterial, colesterol LDL y glucemias.

Es fundamental que usted conozca esto y que participe en una forma muy activa, junto con su médico, para lograrlos.

FIGURA 11

HIPERTENSIÓN ARTERIAL: Objetivos terapéuticos

	OBJETIVO
Presión Arterial	< 140 / 90 mm Hg
Colesterol - LDL	< 130 mg/dl
Glucemia	< 100 mg/dl

LO IMPORTANTE PARA RECORDAR

- El objetivo del tratamiento es prevenir las complicaciones de la hipertensión y mejorar así su expectativa y calidad de vida.
- La gran mayoría de veces se necesitan dos o más fármacos para controlar la presión arterial (PA < 140/90 mm Hg).
- El tratamiento no farmacológico, como disminuir el consumo de sal, realizar actividad física diaria, mantener una alimentación y un peso saludable, es la base para tener buena salud.
- El tratamiento antihipertensivo es seguro y en la gran mayoría de los casos es para toda la vida.
- Debe saber y participar activamente para que su presión arterial sea menor de 140/90 mm Hg, sin que importe la edad que usted tenga.

HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN POBLACIONES ESPECIALES

.HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN POBLACIONES ESPECIALES

Introducción

La hipertensión no sólo ocurre en personas mayores, también puede observarse en los niños, en las mujeres embarazadas o en las personas jóvenes.

En la mujer, luego de la menopausia se producen una serie de cambios hormonales, que llevan, en un gran porcentaje de los casos, a un aumento de la presión arterial y del colesterol.

Finalmente, la hipertensión en las personas mayores es muy frecuente; puede afirmarse que una de cada dos personas mayores de 60 años es hipertensa.

Es importante destacar que, si bien es un hallazgo muy frecuente, esta condición no es normal, por lo que la hipertensión debe tratarse, porque ésta es la población con mayor riesgo de presentar un ataque cerebrovascular o un infarto de miocardio.

A continuación trataremos la hipertensión arterial en estas poblaciones.

Hipertensión en la infancia

La hipertensión en los niños existe, el problema es que lo desconocemos, porque generalmente no se les registra la presión arterial en el examen de rutina pediátrico.

Es común escuchar a los pacientes hipertensos durante la consulta decir que su padre o su madre son hipertensos. La pregunta que surge es: ¿Y su hijo no lo será en este momento?. La única forma de saberlo es a través de la medición de la presión arterial.

¿A partir de qué edad se recomienda tomar la presión?

La Academia de Pediatría Americana recomienda que la medición se realice a partir de los 3 años de edad, pero sería conveniente que ésta práctica se lleve a cabo a partir del primeros días de vida, ya que aporta información muy importante.

Las mediciones deberían hacerse con el niño acostado, sentado, con el manguito adecuado y con una periodicidad anual.

¿Los valores de presión en los chicos son iguales que en los adultos?

No. La presión arterial aumenta con la edad. Para el diagnóstico se han elaborado tablas que dependen de la edad, el sexo y la altura.



Mensaje. La hipertensión existe en los niños y es más frecuente en aquellos cuyos padres son hipertensos, o en los que tienen sobrepeso. La medición de la presión arterial debe ser parte del examen de rutina, al menos una vez al año.

Los niños y el televisor. Los adolescentes y la computadora

En la actualidad se publicaron muchos trabajos que alertan sobre las horas que los niños pasan frente al televisor y a esto hoy se le debe agregar las horas frente a la computadora, bajando música de Internet o con los videojuegos.

A la inactividad física se le debe sumar la calidad de alimentos que se consumen durante ese tiempo, lo cual hace que aumente aún más el riesgo de tener sobrepeso e hipertensión arterial.

¿La hipertensión durante el embarazo es frecuente?

La hipertensión durante el embarazo es una enfermedad frecuente que ocurre en el 10% de todos los embarazos, cifra que puede alcanzar el 30% en una población de alto riesgo (alto riesgo: pacientes con diabetes, con antecedentes de hipertensión arterial crónica y aquellas que presentaron hipertensión en embarazos previos). Su causa se desconoce.

¿Se puede tomar medicamentos durante el embarazo para controlar la hipertensión?

Sí. Hay medicamentos que se pueden administrar con tranquilidad para controlar la hipertensión, ya que han demostrado que son inocuos para el bebé.

Si tuve hipertensión durante el embarazo, ¿puedo volver a quedar embarazada?

Sí, pero es muy importante que lo consulte con su médico antes. Además, debe saber que si usted presentó esta enfermedad, fue como consecuencia de tener una predisposición para desarrollarla y no por haber cometido algún error durante su embarazo.

¿Se puede prevenir?

La mejor forma de prevenir esta enfermedad es mediante un buen control prenatal, controlar la presión, realizar una alimentación adecuada y no aumentar excesivamente de peso.

Además, se demostró que dosis bajas de aspirina indicada en forma temprana, en la semana 12 hasta la 36 del embarazo, pueden prevenir la hipertensión del embarazo o retrasar su aparición.

Su indicación estaría dada en pacientes con antecedentes de hipertensión arterial en embarazos anteriores, en las adolescentes y en aquellas pacientes que son hipertensas moderadas o severas y que se em

barazan. Debe prescribirla el médico. Los estudios demostraron además que es una droga segura y que no produce alteraciones en el feto.

A

Anécdota. Cuando estaba por terminar mi carrera de medicina, decidí hacer guardias. Concurrí durante 6 meses al Policlínico de Lanús.

Un día, mejor dicho una noche, atendí a las pacientes que iban a tener su hijo. Le pregunté a una de ellas: ¿Cuándo fue la última vez que vio a su médico? Me respondió: “Cuando me hizo el diagnóstico de que estaba embarazada”. Entre aquella primera consulta y esa noche, no había tenido ningún control.

Pensé, tuvo suerte, muchas no la tienen y terminan con un ataque de presión, con convulsiones en una sala de terapia intensiva.

M

Mensaje. La mejor prevención durante el embarazo es un buen control prenatal.

El corazón de la mujer

La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte en la mujer. En los Estados Unidos muere anualmente una de cada dos mujeres por enfermedad coronaria y ataque cerebrovascular en comparación con una de cada 25 que fallece de cáncer de mama. Habría varias explicaciones acerca del porqué de esto.

La primera sería que la enfermedad coronaria tradicionalmente se considera una “enfermedad de los hombres”, lo cual estaría apoyado fuertemente por la información de los medios de comunicación.

La segunda explicación sería que todas las campañas de prevención en la mujer están dirigidas, casi con exclusividad, a enfermedades ginecológicas, como cáncer de mama y de útero.

Es interesante un estudio realizado en la Universidad de Stanford, en el cual se les consultó a ex alumnas, cuyo promedio de edad era de 50 años, cuál creían ellas que era la principal causa de muerte en la mujer posmenopáusia.

Las respuestas fueron que percibían en un 4% la enfermedad cardiovascular como principal causa de muerte cuando en realidad es del 50% y que percibían el cáncer de mama en un 46% cuando es del 4% (Figura 12).

FIGURA 12

PERCEPCIÓN DE RIESGO EN MUJERES

	RIESGO PERCIBIDO	RIESGO REAL
Enfermedad coronaria	4%	46%
Cáncer de mama	50%	4%

M

Mensaje. La mujer tiene un doble problema, se muere del corazón, pero cree que se muere de otra cosa.

Hipertensión en la mujer a los 30 años

A

Anécdota. Cuando terminé de escribir la edición anterior de este Manual, se lo di a leer a una paciente de 32 años para que conociera su enfermedad y así perdiera el miedo. Pero, cuando terminó de leerlo me dijo “que ella no se había encontrado identificada en el libro, porque en ninguna parte se mencionaba a las personas de 30 años”. Me quedé pensando; tenía razón.

En particular me llamó la atención un comentario suyo: que cada vez que

decía que era hipertensa, todo el mundo opinaba ¡Cómo, siendo tan joven!

La hipertensión, como se mencionó anteriormente, es una enfermedad muy frecuente, y por supuesto las personas jóvenes también la presentan. Pero en este punto quiero hacer hincapié en tres aspectos que preocupan a una mujer de 30 años cuando le dicen que es hipertensa.

- 56 La primera es si puede quedar embarazada, la segunda es si debe tomar un medicamento toda la vida y si su condición puede empeorar a medida que pasen los años.

Con respecto a lo primero, la respuesta es que puede tener hijos normalmente, ya que el 90% de las pacientes que son hipertensas y se embarazan tienen un embarazo normal. Pero es importante que antes consulte a su médico, para realizar una evaluación de su hipertensión y modificar si es necesario el tratamiento que está realizando.

Con respecto a lo segundo, el tratamiento es de por vida, pero es importante que sepa que su expectativa y calidad de vida son excelentes, iguales que las de una persona normal, o tal vez aún mejores, ya que por su hipertensión concurrirá periódicamente a su médico y podrá detectar en forma precoz cualquier alteración, como una elevación del colesterol o del azúcar en la sangre.

A

Anécdota. Recientemente atendí a otra paciente joven hipertensa que concurrió a la consulta muy angustiada con su madre y su suegra. Deseaba saber si su hipertensión era un problema grave y si en un futuro podría tener hijos.

Le respondí que iba a poder tenerlos y que supiera que cuando la solución de un problema es simple, como tomar una pastilla por día, el problema no es grave.

Se fue aliviada. Además, con el tiempo, le reduje el tratamiento a la mitad, con lo que su problema fue aún más simple.

Factores de riesgo en la mujer posmenopáusicas

En los Estados Unidos, el 52% de las mujeres mayores de 45 años presentan hipertensión arterial.

La hipertensión arterial es responsable del 70% de los ataques cerebrovasculares en las mujeres, aumenta el riesgo de presentar un infarto de miocardio en un 30% y aumenta seis veces el riesgo de desarrollar insuficiencia cardíaca.

También puede afirmarse que una de cada dos mujeres tiene el colesterol elevado.

El sedentarismo y el sobrepeso son muy frecuentes.

Está demostrado que el tabaquismo es el responsable del 50% de los casos de infarto de miocardio en la mujer.

¿El tratamiento es igual que en el hombre?

El tratamiento produce el mismo beneficio que en el hombre y pueden utilizarse los mismos medicamentos.

Es interesante destacar que las mujeres presentan más efectos adversos con algunos fármacos. Con los inhibidores de la enzima de conversión (IECA) presentan el doble de tos y con los bloqueantes cálcicos el doble de edema que los hombres.

Con respecto a los diuréticos, en general los toleran bien y tienen la ventaja adicional de que previenen el desarrollo de osteoporosis en la mujer por la reabsorción de calcio que producen.

Finalmente, los antagonistas de la angiotensina han demostrado que son eficaces y muy bien tolerados en las mujeres.

¿La hipertensión arterial en personas mayores de 60 años debe tratarse?

Durante muchos años existió la creencia de que la presión arterial aumentaba con los años y que la hipertensión arterial sistólica o máxima

era señal de un proceso normal de envejecimiento. Por lo tanto, no requería tratamiento. Hasta 1991 no se sabía si el tratamiento de la hipertensión arterial en personas mayores de 60 años tendría algún beneficio y algunos incluso sostenían que podía ser peligroso.

Para dar respuesta a este interrogante se realizaron varios trabajos, los cuales demostraron en forma categórica el beneficio del tratamiento antihipertensivo con una reducción significativa del riesgo de presentar un ataque cerebrovascular, un infarto de miocardio e insuficiencia cardíaca.

¿Hasta dónde hay que disminuir la presión arterial?

Se recomienda disminuirla hasta una presión menor a 140/90 mm Hg. Pero es importante tener en cuenta algunas consideraciones.

1. Habitualmente, la gente mayor de 60 años tiene la presión sistólica o máxima elevada y la diastólica o mínima normal o baja. Esta situación se denomina hipertensión sistólica aislada.
2. La reducción debe ser lenta; hay que normalizar la presión arterial, pero no hay ningún apuro en lograrlo.
3. En general esto se consigue con dos o más fármacos; raramente se logra con un solo medicamento.
4. El tratamiento no farmacológico, como la disminución del consumo de sal y la reducción de peso y una actividad física moderada, es particularmente útil en estos pacientes.
5. A las personas mayores de 60 años hay que tomarles la presión arterial en posición de sentado y luego parado, ya que en ellos es frecuente el fenómeno de hipotensión ortostática (caída de la presión arterial en el momento de pararse).



Mensaje. La hipertensión en las personas mayores es frecuente, pero no es normal.

Hipertensión arterial, enfermedad de Alzheimer y demencia

La demencia puede ser secundaria a múltiples pequeños infartos cerebrales, llamada demencia vascular, y por enfermedad de Alzheimer.

No hay evidencia actual de que la hipertensión provoque enfermedad de Alzheimer, pero sí es un factor de riesgo importante de demencia vascular. Además, hay estudios que demuestran que el aumento de la presión arterial puede disminuir la función intelectual.

Hoy sabemos que con un tratamiento antihipertensivo podemos disminuir el riesgo de la demencia y mejorar la función intelectual.

LO IMPORTANTE PARA RECORDAR

- Deberíamos medir la presión arterial en los niños y los adolescentes.
- El sedentarismo y el sobrepeso en ellos es alarmante, como consecuencia de una mala alimentación y las horas frente al televisor o las computadoras.
- La causa de la hipertensión durante el embarazo no se conoce, pero puede tratarse con drogas seguras, que permiten evitar las complicaciones que esta enfermedad puede producir en la madre y en su hijo.
- La enfermedad cardiovascular en la mujer es la principal causa de muerte.
- La hipertensión en las personas mayores es muy frecuente, pero no es una condición normal, sino que es una enfermedad que se debe tratar.

ENFERMEDADES ASOCIADAS CON LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

ENFERMEDADES ASOCIADAS CON LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

A continuación, trataremos tres enfermedades que se asocian frecuentemente con la hipertensión arterial: el colesterol elevado, la diabetes y la obesidad, las denominamos “las malas compañías”.

El colesterol y la aterosclerosis

Seguramente usted habrá escuchado mucho sobre el colesterol. Términos como colesterol bueno y colesterol malo son de uso corriente en la actualidad. Entonces surgen preguntas: ¿Qué es el colesterol?, ¿Qué lo produce?, ¿Cuál es su relación con la aterosclerosis?, ¿Vale la pena tratarlo?

¿Qué es el colesterol?

Es una sustancia que se encuentra normalmente en la sangre y es vital para la formación de algunas hormonas necesarias para el organismo.

El colesterol se produce en el hígado y se encuentra en muchos alimentos que ingerimos en nuestra alimentación.

Es transportado en la sangre por lipoproteínas (partículas de la sangre que transportan lípidos o sustancias grasas). Existen varias clases de ellas, pero las más importantes son las LDL (low density lipoproteins –[lipoproteínas de baja densidad]) y las HDL (high density lipoproteins –[lipoproteínas de alta densidad]).

Las LDL transportan el colesterol depositándolo en las arterias y de este modo favorecen el desarrollo de aterosclerosis. Por este motivo, reciben el nombre de “colesterol malo”.

Las HDL cumplen la función contraria. Eliminan el exceso de colesterol de las arterias. Transportan este colesterol al hígado, que lo metaboliza y lo elimina del organismo. De allí que se denominen “colesterol bueno”.

62 **¿Y los triglicéridos?**

Son sustancias grasas que, al igual que el colesterol, se encuentran normalmente en la sangre. Adquieren mayor relevancia para el desarrollo de la enfermedad coronaria cuando su exceso se acompaña de otras alteraciones (disminución de las HDL, aumento de las LDL) y en los pacientes con diabetes (Figura 13). A continuación puede observarse la clasificación del colesterol.

FIGURA 13
CLASIFICACIÓN DEL COLESTEROL

COLESTEROL TOTAL	Deseable	< 200
	Límitrofe alto	200 - 239
	Alto Riesgo	≥ 240
COLESTEROL LDL “colesterol malo”	Deseable	< 130
	Límitrofe alto	130- 159
	Alto Riesgo	≥ 160
COLESTEROL HDL “colesterol bueno”	Deseable	> 45
	Alto Riesgo	≤ 35

¿Cuáles son las causas del aumento del colesterol?

El colesterol elevado es el resultado de un exceso en el consumo de alimentos ricos en esta sustancia y/o una alteración en su metabolismo. Esta alteración puede heredarse.

Aterosclerosis y colesterol

El nombre de aterosclerosis proviene de las palabras griegas *athere* (pasta), *sklerosis*, endurecimiento.

La aterosclerosis comienza en edad temprana de la vida, y puede manifestarse mediante una angina de pecho o infarto de miocardio a los 30 años, y más frecuentemente entre los 40 y los 50 años.

Generalmente comienza con un daño en una delgada capa en el interior de las arterias, llamada endotelio, y luego, se producen varios mecanismos que llevan a la obstrucción de la arteria, mediante un trombo, o una hemorragia dentro de la placa de aterosclerosis (Figura 14).

El daño endotelial se produce como consecuencia de la hipertensión arterial, la diabetes, el tabaquismo y el colesterol.

La prevención de la aterosclerosis es uno de los campos de investigación más fecundos de la actualidad. Uno de los estudios que más nos enseñó al respecto fue el FATS (Familial Atherosclerosis Treatment Study). En él, un grupo de pacientes fue medicado y otro no. En el primer grupo hubo una discreta regresión de la aterosclerosis (12%) pero, sin embargo, hubo una reducción del 75% de infartos de miocardio.

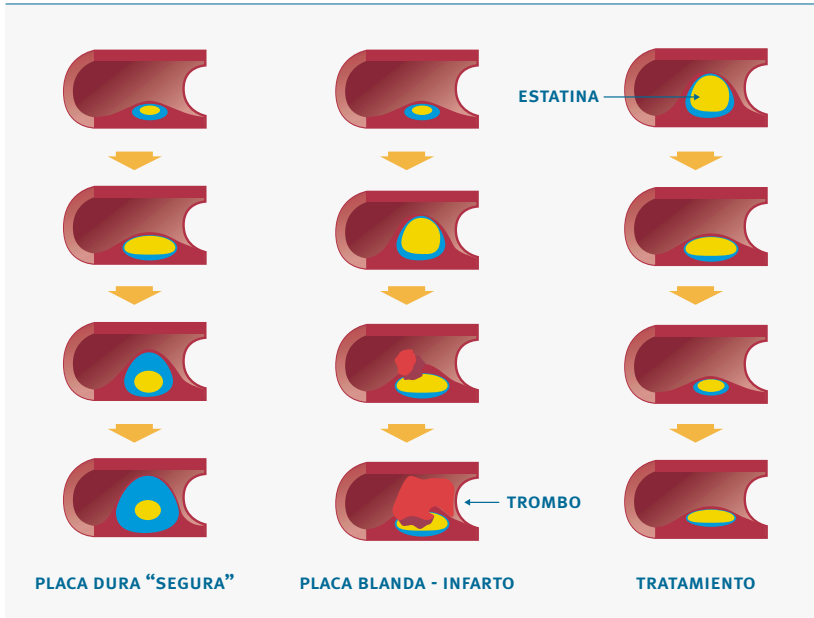
¿Cómo se explica esta paradoja?

Para tratar de entenderlo debemos saber qué ocurre dentro de una arteria. Existen dos tipos de lesiones ateromatosas. La placa ateromatosa dura o “segura” tiene un núcleo con poca cantidad de lípidos o grasa (amarillo) y abundante fibrosis (azul).

Cerca del 85% de las estenosis severas (obstrucción de la arteria) son de este tipo y son las responsables de la angina de pecho, pero raramente son culpables de un infarto de miocardio (primera columna) (Figura 14A).

FIGURA 14 A

ATEROSCLEROSIS E INFARTO DE MIOCARDIO



64

El segundo tipo es la placa ateromatosa blanda o “peligrosa”. Estas placas poseen abundante colesterol y están recubiertas por una delgada capa de fibrosis. Generalmente son de tamaño pequeño, pero su ruptura (accidente de placa) es la responsable de la formación de un trombo (rojo) que obstruye la arteria y provoca un infarto de miocardio (segunda columna).

El tratamiento con drogas hipolipemiantes (que bajan el colesterol) actúa muy poco sobre el primer tipo de placa (dura), ya que en ella existe un gran componente fibroso. Pero drogas como las estatinas estabilizan las placas peligrosas, ya que disminuyen la cantidad de colesterol de ellas y así se reduce la posibilidad de ruptura e infarto (tercera columna).

FIGURA 14 B

PLACA SEGURA Y RUPTURA DE PLACA



65

¿Cuál es el tratamiento?

Hay que evitar los alimentos con alto contenido de grasa saturada (en general de origen animal) y sustituirlos por aquellos que no la contienen (verdura, fruta, pescado, etc.). A continuación mostramos una guía de alimentos sugeridos para un paciente con colesterol elevado (Figura 15).

FIGURA 15

COLESTEROL

ALIMENTOS PROHIBIDOS	ALIMENTOS LIMITADOS	ALIMENTOS PERMITIDOS
Vísceras, hígado, riñón	Pastas rellenas y frescas	Frutas y verduras
Fiambres (salame, mortadela, salchichón)	Azúcar y mermeladas	Pescados de agua fría (salmón, gatuso, atún, caballa y sardina)
Manteca - Frituras	Mariscos	Pollo sin piel a la parrilla
Galletitas de agua y dulces	Mondongo y corazón	Lácteos descremados
Facturas y amasados de pastelería	Quesos magros	Pan integral o negro
Masas comerciales de tartas y empanadas	Huevo entero	Carnes magras a la parrilla (ave, vaca, cerdo)
Margarinas sólidas	Jamón magro, cocido o crudo	Pastas secas
Helados cremosos		

Una vez normalizado el colesterol, ¿hay que continuar la alimentación saludable?

Sí. Debemos cambiar nuestros hábitos alimentarios para mantener controlado el colesterol. Por otra parte, se ha demostrado que cuando se sigue la alimentación adecuadamente el tratamiento farmacológico es más eficaz.

Tratamiento farmacológico

La concentración del colesterol en la sangre depende del balance integrado de la vía exógena, a través de la alimentación, y de la producción del organismo, la vía endógena.

El tratamiento actual para normalizar el colesterol puede orientarse a una de esas vías o a ambas.

Estatinas, drogas seguras y eficaces

Las estatinas pertenecen a las familias que disminuyen la vía endógena, al inhibir una enzima hepática, que produce el colesterol.

En los últimos años se presentaron los resultados de numerosos estudios que han cambiado drásticamente el pensamiento médico sobre la importancia de la reducción del colesterol.

Todos estos estudios, los cuales incluyeron más de 100.000 pacientes, fueron concluyentes en dos aspectos.

1. Las estatinas son eficaces en la reducción del riesgo de presentar un infarto de miocardio, un ataque cerebral, mortalidad cardiovascular y la necesidad de cirugía coronaria o angioplastia (dilatación de una arteria).
2. Son drogas seguras. Los pacientes que tomaron estatinas y que fueron seguidos durante un promedio de 5 años presentaron el mismo porcentaje de efectos adversos que aquellos que no recibieron estos fármacos.

Nombres genéricos: simvastatina, pravastatina, lovastatina, atorvastatina y rosuvastatina.

Pero, ¿no producen efectos adversos?

Esto obviamente es una preocupación de los pacientes cuando se les administran fármacos en forma crónica. Pero los trabajos demostraron que el porcentaje de efectos adversos es similar al de aquellos que no recibieron estas drogas.

Para ejemplificar esto, en la Figura 16 incluyo una tabla con los efectos adversos del trabajo más importante realizado hasta el momento y publicado recientemente, el estudio HPS (Heart Protection Study - Estudio de protección del corazón).

FIGURA 16

EFFECTOS ADVERSOS

	SIMVASTATINA (n=10 269)	SIN TRATAMIENTO (n=10 267)
Elevación de enzimas hepáticas	43 (0.42%)	32 (0.31%)
Elevación de enzima muscular	19 (0.19%)	13 (0.13%)

El estudio HPS incluyó 20.536 pacientes, seguidos durante 5 años, y como puede verse, los efectos adversos ocurrieron en un bajísimo porcentaje entre los pacientes que recibieron 40 mg de simvastatina, y además, fue en un porcentaje igual que el de aquellos que no recibieron ningún tratamiento.

Los inhibidores de la absorción del colesterol

Recientemente contamos con una nueva familia de fármacos, los inhibidores de la absorción del colesterol. Estas drogas, solas o en combinación con las estatinas, son muy eficaces en la reducción del colesterol, ya que se estaría actuando por los dos mecanismos que lo producen.

Cuando se combinaron con 10 mg de simvastatina, provocaron una reducción del colesterol LDL similar a la alcanzada con este fármaco en altas dosis.

El medicamento fue muy bien tolerado en los estudios realizados hasta la fecha.

Nombre genérico: ezetimibe.

Fibratos

Existen otras drogas, los fibratos, que actúan fundamentalmente reduciendo los triglicéridos y aumentando el colesterol HDL, el “colesterol bueno”.

Nombres genéricos: bezafibrato, ciprofibrato, fenofibrato y gemfibrozil.

¿Hasta qué valor hay que bajar el colesterol?

A diferencia de lo que ocurre en el tratamiento de la hipertensión, la cual siempre debe ser menor de 140/90 mm Hg de máxima y mínima, respectivamente, independientemente de la edad o del riesgo del paciente, el colesterol debe estar por debajo de 130 mg/dl o de 100 mg/dl dependiendo de sus antecedentes.

Si usted tiene el colesterol alto y además es hipertenso, o fuma, el valor al que hay que llegar es menor de 130 mg/dl.

Si usted tuvo un infarto de miocardio, angina de pecho, fue operado de sus coronarias o tuvo un ataque cerebrovascular o si tiene diabetes, el riesgo de tener un episodio cardiovascular es alto.

Por lo tanto, el colesterol LDL “malo” debe ser menor de 100 mg/dl, ya que con este valor se logra prevenir en gran medida nuevas complicaciones.

Finalmente, el tratamiento no debe interrumpirse cuando se alcanzan estos valores (Figura 17).



Mensaje. Hoy sabemos que la aterosclerosis se puede prevenir y tratar. Es importante alcanzar las cifras de colesterol mencionadas, para que este proceso no progrese e incluso, que pueda disminuir.

FIGURA 17

COLESTEROL LDL: OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

ENFERMEDAD	OBJETIVO
Colesterol + Hipertensión	< 130 mg/dl
Colesterol + Tabaquismo	
Infarto de miocardio	< 100 mg/dl
Ataque cerebrovascular	
Cirugía coronaria	
Angioplastia	
Diabetes	

¿Es posible la regresión de la aterosclerosis?

Hoy sabemos que se puede producir la regresión de la aterosclerosis. No es ciencia ficción, sino una realidad. Numerosos estudios demostraron que con dosis altas de una estatina se puede disminuir el volumen de la placa con aterosclerosis, con el consiguiente beneficio para el paciente. Es interesante saber que numerosas drogas antihipertensivas, como los antagonistas de la angiotensina, los IECA y los antagonistas cálcicos tienen un efecto similar.

Una vez descendido el colesterol, ¿se debe continuar el tratamiento?

Al finalizar el estudio FATS se les preguntó a los pacientes si deseaban continuar el tratamiento. Ciento diez pacientes respondieron negativamente y setenta lo prosiguieron.

Al cabo de dos años de seguimiento se produjeron:

- Quince muertes en total. Todas las muertes ocurrieron entre quienes abandonaron el tratamiento.
- Diez infartos de miocardio, 9 en el grupo que suspendió el tratamiento.
- Siete ataques cerebrovasculares, 6 en el grupo que lo discontinuó.
- Veintidós cirugías coronarias o angioplastias (dilatación de la arteria), 19 en el grupo que abandonó el tratamiento.

El primer año y la continuidad del tratamiento

Cuando se analizan los estudios en hipertensión arterial o con drogas hipolipemiantes, todos tienen algo en común: durante el primer año del tratamiento no hay diferencias en la reducción de complicaciones cardiovasculares (infarto de miocardio, ataque cerebrovascular).

Es decir que recién después de un año, se comienza a observar el claro beneficio.

70

El colesterol puede normalizarse a los pocos meses de iniciado el tratamiento, pero debe pasar un año, promedio, para que actúe sobre la placa aterosclerosa para estabilizarla e impedir que se “rompa” y evitar así el infarto de miocardio o el ataque cerebrovascular.

Lo que es muy grave es que la gran mayoría de los pacientes abandonan el tratamiento antes del año.

M

Mensaje. El tratamiento para el colesterol, igual que para la hipertensión, es para toda la vida.

El colesterol en los niños

Los niveles elevados de colesterol en los niños tendrán un papel importante en el desarrollo de aterosclerosis cuando sean mayores. Tener un colesterol normal es fundamental.

Los niños y la aterosclerosis

Hay una evidencia muy importante de que la aterosclerosis comienza a edad temprana.

En un estudio, llamado de Bogalusa, se realizó la autopsia a 204 personas de entre 2 y 39 años que en su gran mayoría fallecieron en accidentes, pero no por problemas cardíacos. Los resultados son impactantes: El 50% de las personas de entre 21 y 25 años tenían placas de ateroma en sus arterias coronarias. Los factores de riesgo

más importantes fueron el sobrepeso, la presión arterial y el colesterol total elevado.

M

Mensaje. La aterosclerosis no es un fenómeno de la gente mayor, por el contrario, cada vez es más frecuente entre las personas jóvenes.

¿Y la aspirina?

La aspirina es la droga más probada y segura en cardiología. Los estudios demostraron que, en pacientes con antecedentes de enfermedad coronaria, ataque cerebral, enfermedad cardiovascular o de revascularización, bajas dosis de aspirina deben ser parte de su tratamiento.

¿Y en los pacientes hipertensos?

Para responder si las bajas dosis de aspirina son útiles en pacientes hipertensos, se realizó el estudio HOT (Hypertension Optimal Treatment - Hipertensión arterial óptima). Se incluyeron 18.790 pacientes y fueron seguidos durante 4 años.

Los pacientes que recibieron bajas dosis de aspirina, principalmente los hombres, tuvieron una reducción del riesgo del 42% de desarrollar un infarto de miocardio.

¿Cuál es la dosis indicada?

Está demostrado que las bajas dosis de aspirina tienen el mismo efecto terapéutico que las altas dosis, en la prevención de un infarto de miocardio o un ataque cerebrovascular, pero a medida que se incrementa la dosis aumenta el riesgo de efectos colaterales.

Por lo tanto, como la aspirina hay que tomarla de por vida, se recomienda utilizar dosis bajas para no exponerse a efectos colaterales innecesarios.

¿En quiénes está indicada?

Pacientes con enfermedad coronaria conocida: infarto de miocardio, an

71

gina de pecho, antecedentes de bypass coronario o angioplastia, enfermedad vascular periférica, ataque cerebrovascular y diabetes.

Personas mayores de 50 años con hipertensión arterial que tengan su presión arterial tratada y controlada (principalmente si son hombres, colesterol elevado, diabetes e insuficiencia renal leve).

Debe estar indicada por su médico, y en forma similar a los otros fármacos, una vez que se inicia el tratamiento, éste no debe interrumpirse.

Diabetes

La diabetes se ha transformado en los últimos años en una verdadera epidemia, como consecuencia de nuestro estilo de vida.

En un porcentaje muy elevado de casos se encuentra asociada con hipertensión arterial y con el colesterol elevado.

¿Cómo se produce?

La mayoría de los alimentos que consumimos se transforman en glucosa (azúcar) en nuestro organismo, la cual es una de las principales fuentes de energía.

El páncreas, es un órgano que produce una hormona llamada insulina, que ayuda a introducir la glucosa dentro de las células. Cuando una persona no fabrica insulina o lo hace en forma insuficiente o no puede utilizar su insulina en forma adecuada, tiene diabetes.

¿Cuándo una persona tiene diabetes?

Una persona tiene diabetes, cuando la medición de la glucosa en sangre en ayunas es mayor de 126 mg/dl en dos ocasiones o es de 200 mg/dl después de una ingesta.

¿Qué es prediabetes?

Se considera que una persona está en esta situación, cuando la glucosa en ayunas es mayor de 110 mg/dl y menor de 126 mg/dl. O cuando

después de una sobrecarga de glucosa a los dos horas, la glucosa está entre 140 y 199 mg/dl. Sabemos que durante el seguimiento, una de cada cuatro personas en esta condición, va a desarrollar diabetes.

FIGURA 18

CLASIFICACIÓN DE LA DIABETES

	GLUCEMIA EN AYUNAS	SOBRE CARGA: 2 HS
- Normal	< 110 mg/dl	< 140 mg/dl
- Prediabetes	≥ 110-125 mg/dl	> 140-199 mg/dl
- Diabetes	≥ 126 mg/dl	≥ 200 mg/dl

¿Qué es diabetes tipo 1 y diabetes tipo 2?

- La diabetes tipo 1 o infantojuvenil comienza en etapa temprana de la vida. Las personas con este tipo de diabetes tienen una deficiencia en la producción de insulina. Deben recibirla para continuar con vida.

- La diabetes tipo 2 o no insulino dependiente es la forma más común.

Suele aparecer después de los 45 años en personas con sobrepeso y generalmente existen antecedentes familiares.

Se piensa que este tipo de diabetes se va a duplicar en los próximos 10 años y esto se debe fundamentalmente al sedentarismo y al aumento de peso de las personas, principalmente los adolescentes y los jóvenes. Actualmente hay casos de este tipo de diabetes en niños debido al exceso de grasa corporal.

¿Qué es la hemoglobina glicosilada?

Cuando usted chequea sus glucemias en su casa puede saber cómo está su nivel de glucosa en ese momento, pero esto no le permite saber cómo ha sido su control el resto del tiempo.

La hemoglobina glicosilada (Hb A1c) es una prueba que permite cono

cer más acertadamente el promedio de los niveles de glucosa en la sangre, durante los últimos 2 a 3 meses.

Esto sucede porque el azúcar es "pegajoso"; por lo tanto, la glucosa se adhiere a las proteínas del organismo, entre ellas a la hemoglobina.

Si hay exceso de azúcar en la sangre durante ese tiempo, la hemoglobina contendrá mayor cantidad de glucosa. La siguiente tabla le indicará el promedio de sus glucemias de acuerdo con el resultado de su hemoglobina glicosilada.

FIGURA 19

HEMOGLOBINA GLICOSILADA

PRUEBA DE HEMOGLOBINA GLICOSILADA	PROMEDIO DE GLUCEMIAS	EVALUACIÓN
5-6 %	80-120 mg/dl	EXCELENTE
6-7 %	120-150 mg/dl	MUY BUENA
7-8 %	150-180 mg/dl	BUENA
8-9 %	180-210 mg/dl	REGULAR
9-10 %	210-240 mg/dl	PROBLEMÁTICA
10-11 %	240-270 mg/dl	MALA
11-12 %	270-300 mg/dl	MUY MALA

En una persona sin diabetes, alrededor del 5% de la hemoglobina es glicosilada, pero en una persona con diabetes y niveles elevados de glucosa en la sangre, este nivel aumenta, por lo que los niveles de hemoglobina glicosilada estarán en proporción directa con los niveles de glucosa en sangre durante ese tiempo (2 a 3 meses).

La hemoglobina glicosilada tiene varias fracciones y, de ellas, la más estable, la que tiene una unión con la glucosa más específica, es la fracción Hb A 1c.

¿La importancia del 1%?

Recientemente se publicó uno de los trabajos más importantes en el tratamiento del paciente diabético, el UKPDS 35.

Este estudio demostró que con la reducción del 1% de la hemoglobina glicosilada se logró una disminución muy significativa del riesgo de presentar un infarto de miocardio, pero tal vez, lo más importante fue la reducción del riesgo de ceguera, de insuficiencia renal y de amputación.

El valor deseable es menor del 7%. Es probable que para usted un valor de 7 u 8% represente lo mismo, pero no es así. Ese 1% de reducción en la hemoglobina glicosilada marca la diferencia de tener una vida saludable o de presentar complicaciones.

¿Y la microalbuminuria?

La microalbuminuria es un análisis de orina que nos permite cuantificar si usted elimina proteínas en la orina. Normalmente esto no ocurre.

La microalbuminuria es un marcador importante de daño renal y predictor de eventos cardiovasculares. Cuando está presente, un objetivo terapéutico será tratar de disminuirla o normalizarla.

Se considera que la microalbuminuria está presente cuando es mayor de 30 mg/24 hs.

¿Y el ácido úrico?

El ácido úrico o uricemia habitualmente se asocia con la enfermedad de gota, pero ahora sabemos que además es un marcador y predictor importante de presentar un evento cardiovascular en un futuro, por lo que se hace imprescindible que sea normal. ¿Qué lo causa?. Los alimentos ricos en proteínas pueden aumentarlo.

Con respecto a los fármacos, algunos pueden aumentarlo, como los diuréticos. Los bloqueantes cálcicos y los IECA no lo modifican y dentro de los antagonistas de la angiotensina, el losartán es el único que lo disminuye.

Diabetes y enfermedad renal

La insuficiencia renal se ha incrementado en los últimos años como consecuencia del gran aumento de la diabetes tipo 2, que junto con la hipertensión arterial son las principales causas de insuficiencia renal.

Hoy sabemos que los pacientes hipertensos con diabetes se benefician con un “tratamiento enérgico de su hipertensión arterial”, ya que de esta forma pueden evitar en gran medida la insuficiencia renal, la pérdida de la visión y prevenir los eventos cardiovasculares, como el infarto de miocardio y el ataque cerebrovascular.

Retinopatía diabética

Durante las dos primeras décadas de la enfermedad, casi todos los pacientes con diabetes tipo 1 y el 60% de los pacientes con diabetes tipo 2, desarrollarán retinopatía.

El control de la azúcar y de la presión arterial reduce francamente el riesgo de progresión de esta enfermedad. Se recomienda que concurra anualmente para un control con el oftalmólogo.

Pie diabético

Es fundamental que aprenda a mirar y controlar sus pies diariamente.

Si nota pérdida de la sensibilidad, enrojecimiento, o una úlcera, debe concurrir a la brevedad a su médico.

Diabetes y enfermedad cardiovascular

Hoy en día la diabetes se considera una enfermedad cardiovascular por el impacto que produce a este nivel.

Ahora sabemos que el enfermo con diabetes tiene un riesgo muy aumentado de presentar un infarto de miocardio, un ataque cerebrovascular e insuficiencia cardíaca.

También aprendimos que si bien el control de la glucemia es importante, el control de la presión arterial resultó más importante y beneficioso en esta población.

Diabetes e hipertensión arterial

Los pacientes con diabetes presentan hipertensión arterial frecuentemente, aumentando el riesgo de presentar un evento vascular (infarto de miocardio, angina de pecho y ataque cerebrovascular).

Por todo lo expuesto, se ha denominado a la hipertensión arterial y la diabetes, una asociación ilícita por los daños que producen.

¿Hasta cuánto hay que bajar la presión arterial?

Se realizaron varios trabajos que compararon diferentes reducciones de presión arterial para saber hasta dónde habría que reducirla.

Estos estudios demostraron en forma categórica que una reducción de la presión arterial por debajo de 130/80 mm Hg es lo ideal en estos pacientes o 120/75 mm Hg, cuando el paciente tiene proteinuria (proteínas en la orina).

¿Qué significa esto?

Cuando un paciente con hipertensión y diabetes es tratado y llega a estos niveles de presión, el riesgo de presentar un ataque cerebrovascular o un infarto de miocardio es muy bajo.

Lo grave es que muy pocos pacientes alcanzan estos valores y de esta forma están expuestos a presentar complicaciones.

Para llegar a estas cifras de presión arterial es necesario, en más del 80% de los casos, utilizar dos o más fármacos.



Mensaje. No se preocupe si usted está tomando varios medicamentos para su presión, lo importante es que ésta esté normal.

Diabetes y colesterol

Con respecto al colesterol, los niveles que hay que lograr son un colesterol LDL menor de 100 mg/dl.

Diabetes y objetivos terapéuticos

Si usted tiene diabetes, debe conocer los objetivos terapéuticos que tiene que alcanzar para evitar un infarto de miocardio, un ataque cerebral, la ceguera o una amputación (Figura 20). Participe activamente para lograrlos.

78

FIGURA 20

DIABETES Y OBJETIVOS TERAPÉUTICOS

	OBJETIVO
1. Presión arterial	< 130/80 mm Hg
2. Glucemia en ayunas	90-130 mg/dl
3. Hemoglobina glicosilada	< 7%
4. Colesterol LDL	< 100 mg/dl

Prevención de la diabetes

Un aspecto que deseo mencionar es el hecho de que la diabetes se puede prevenir o bien postergar su aparición.

En este sentido, uno de los estudios más interesantes es el de las enfermeras de Estados Unidos, que incluyó 83.000 mujeres que fueron seguidas durante 8 años.

Se pudo observar que las que practicaban una actividad física regular, caminar 40 minutos diarios, tuvieron una reducción del riesgo de desarrollar diabetes del 50%.

Por otro lado, dijimos anteriormente que en los pacientes hipertensos el riesgo de desarrollar diabetes es mayor, pero ahora sabemos que algu

nos fármacos antihipertensivos, como los IECA, los antagonistas de la angiotensina o los bloqueantes cálcicos, pueden disminuir este riesgo.

M

Mensaje. La diabetes es una enfermedad cardiovascular. Hoy sabemos que para evitar las complicaciones que produce —infarto de miocardio, ataque cerebral, ceguera y amputación—, es fundamental un tratamiento integral.

El control de la presión arterial, del colesterol y de la glucemia es la base de este tratamiento.

79

A

Anécdota. Germán fue un paciente que atendí durante muchos años. Era hipertenso, obeso, tenía el colesterol y el ácido úrico muy elevados y además diabetes. Mi preocupación era que lo había derivado reiteradas veces al diabetólogo para que controlara su enfermedad, pero él, sistemáticamente, no iba.

Hasta que un día se me ocurrió decirle: “Germán, voy a sentar jurisprudencia en este país, voy a ser el primer médico que le haga un juicio a un paciente por mala praxis, porque usted está haciendo mala praxis como paciente, porque si no controla su diabetes va a presentar complicaciones graves y severas”.

Fue efectivo, fue al diabetólogo.

Obesidad

La obesidad, al igual que la hipertensión, es una enfermedad, una cifra y un factor de riesgo de presentar otras enfermedades cardiovasculares. Además, hoy en día se considera una epidemia.

Cómo se define obesidad

Se define obesidad mediante un valor llamado **índice de masa corporal**. Este índice se calcula dividiendo el peso por el cuadrado de la altura.

Se considera un valor normal cuando es menor o igual a 25 Kg / m²; se considera sobrepeso cuando está entre 25 y 29 Kg / m², se considera obesidad cuando es mayor o igual a 30 Kg / m² (Figura 21).

FIGURA 21

OBESIDAD

- *Peso saludable: IMC < 25 Kg / m²*
- *Sobrepeso: IMC entre 25 - 29 Kg / m²*
- *Obesidad: ≥ 30 Kg / m²*

80

Obesidad como factor de riesgo

La obesidad es un factor de riesgo significativo para el desarrollo de hipertensión arterial y diabetes. Es importante tener en cuenta que la obesidad no es un problema estético, como habitualmente se considera, sino un problema médico importante.

Además, las personas con sobrepeso en la edad adulta presentan problemas osteoarticulares, que llevan al padecimiento de columna, cadera y dolores de rodilla.

La obesidad, a diferencia de la hipertensión, es visible a simple vista, pero como ocurre con la hipertensión, nadie piensa que es una enfermedad que debe tratarse.

Disminuir de peso, pero... ¿cómo?

Se ha desarrollado el sistema de los tres colores, que puede ayudarlo. El rojo indica los alimentos ante los cuales hay que detenerse. El amarillo indica los alimentos a los que se les debe prestar atención y comer en pequeñas cantidades. El verde indica los alimentos permitidos (Figura 22).

FIGURA 22

SOBREPESO Y OBESIDAD

ALIMENTOS PROHIBIDOS	ALIMENTOS LIMITADOS	ALIMENTOS PERMITIDOS
Azúcar	Papa y batata	Frutas
Miel, mermeladas	Aceites y margarinas	Verduras
Helados	untables	Quesos descremados
Pizza, tarta y empanadas	Pan integral o negro	Carnes magras
Tortas, facturas	Pastas	Pollo sin piel
Masas dulces	Cereales y legumbres	Pescado
Crema chantilly	Leche y yogures descre-	Caldo casero de verdura
Manteca	mados	Gaseosas dietéticas
Chocolates	Quesos magros compactos	Gelatina dietética
Galletitas		

81

¿Cuánto se debe bajar?

Hoy existe el concepto de peso saludable. Éste puede definirse como aquel con el cual una persona tendría mayor expectativa de vida. Consulte con su médico o su nutricionista cuál debe ser este peso para usted.

Recuerde que el cambio de los hábitos alimentarios es parte de su tratamiento, pero para su familia, incorporar estos nuevos hábitos alimentarios, es una forma de prevención.

Ⓐ

anécdota. Hace poco atendí a un paciente obeso por su hipertensión arterial. Me refirió que sentía falta de aire y estaba un poco cansado. ¡Pesaba 105 kg!

Le expliqué para que entendiera que su obesidad no era un problema estético, sino una enfermedad, que era la causante de otras enfermedades, como la hipertensión arterial, la insuficiencia cardíaca y la diabetes.

Con respecto a su cansancio, le pedí que imaginara qué podía pasar si ponía el motor de un auto en un camión. Obviamente, que no anduviese. Él caminaba poco y nada, y con el tiempo podía fundirse; él ya presentaba insuficiencia cardíaca.

Le pedí además que imaginara estar sólo un día caminando por su casa con una valija de 25 kg, sólo un día. Al final iba a estar agotado. Me miró asintiendo.

Finalmente, le dije: “Pero tal vez lo más preocupante es que las articulaciones de nuestro cuerpo están preparadas para llevar determinado peso y cuando las sobrecargamos empiezan a desgastarse y nos producen dolor”. Me miró y me dijo: “Doctor, ya me duele todo”.

Lo derivé a una nutricionista, comenzó a cambiar sus hábitos alimentarios, bajó 25 kg, camina diariamente una hora y ya no tiene falta de aire. ¡Ni tampoco dolor!

Las dietas mágicas

La disociada, la del astronauta, etc., etc. Todas fracasaron. Es más, demostraron que hasta pueden ser peligrosas.



Mensaje. La obesidad es una enfermedad, un factor de riesgo, una cifra y en los últimos años se ha transformado en una epidemia. No existen las dietas mágicas, sí una alimentación saludable, equilibrada y balanceada.

LO IMPORTANTE PARA RECORDAR

- El tratamiento del colesterol elevado significa la prevención y la disminución de la progresión de la aterosclerosis y, actualmente, hasta su regresión.
- Las drogas hipolipemiantes demostraron que son muy eficaces para la reducción de infarto de miocardio, de ataque cerebrovascular y de la mortalidad cardiovascular y son muy seguras.
- La diabetes se asocia habitualmente con hipertensión arterial y con colesterol elevado; esto claramente aumenta el riesgo de presentar un problema cardiovascular si no se tratan en forma enérgica.
- Para evitar las complicaciones que produce, usted debe tener una presión arterial menor de 130/80 mm Hg, un colesterol LDL o “malo” menor de 100 mg/dl, una glucemia en ayunas menor de 130 mg/dl y una hemoglobina glicosilada menor de 7%.
- La obesidad es una enfermedad que debe tratarse.

MITOS Y CREENCIAS

PREGUNTAS SOBRE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

A continuación, desarrollamos los comentarios, creencias, y preguntas que hacen los pacientes durante la consulta, seguramente se verá identificado en algunas de ellas.

Preguntas y respuestas sobre la hipertensión arterial

“Mi presión es nerviosa”

Este es, tal vez, el mito más frecuente que existe entre los pacientes. Como se explicó anteriormente, lo que sucede es que los pacientes con hipertensión arterial presentan una respuesta exagerada a situaciones de estrés, y por ese motivo creen que el origen de su presión es nervioso.

“Doctor, a mí la presión que me sube es la baja”

Como se mencionó, la hipertensión consiste en reducción del calibre de la arteria (vasoconstricción). Esto produce aumento de la resistencia, lo cual se manifiesta por un aumento de la presión mínima o baja. Es más frecuente en personas jóvenes.

“Mi problema es que tengo la presión alta, alta”

Esto es frecuente en personas mayores de 60 años. El mecanismo de éste tipo de hipertensión arterial es por un endurecimiento de la pared arterial. Se conoce como hipertensión sistólica aislada.

En las personas mayores, ¿la presión alta no es la suma de 100 más la edad?

Esto es falso. La presión a cualquier edad debe ser menor de 140/90 mm Hg.

“Generalmente tengo más presión durante la mañana”

Así como la presión arterial varía ante determinadas situaciones, se ha demostrado que es mayor durante las primeras horas de la mañana y, en la mayoría de los pacientes, disminuye con la siesta o durante el descanso nocturno.

“Doctor, fui a la farmacia y me bajó la presión”

En muchas ocasiones los pacientes concurren a la farmacia y le registran una presión arterial de 120/70 mm Hg y piensan que es una presión baja, cuando en realidad es una presión normal.

“Cuando tengo la presión alta me siento bien”

Después de un tiempo, las personas hipertensas se acostumbran a tener la presión elevada y se sienten bien, pero si se mantiene así van a presentar un problema cardiovascular, como un ataque cerebral o un infarto de miocardio.

“Cuando tengo la presión baja me siento mal”

Por la misma razón del caso anterior, cuando se normaliza, usted puede sentirse mal. Pero es importante aclarar que baja es normal y segundo que con cifras normales mejora su expectativa y su calidad de vida.

“Hoy no tomé la pastilla para ver qué presión tengo”

El objetivo de la consulta es saber si su presión está controlada con el tratamiento indicado y si usted no tomó la medicación, es imposible saberlo. Los medicamentos ejercen su acción durante un tiempo determinado; pasado éste, son metabolizados y eliminados del organismo. Recuerde, no actúa lo que no existe.

“Me tomo la presión y luego veo si tomo la pastilla”

Equivocado. La hipertensión es una enfermedad, cuyas cifras varían durante el día. Si usted no toma la medicación, porque la tiene normal, luego puede subir mucho.

“Hace una semana que se me acabaron las pastillas y no volví a comprarlas por temor a que usted me cambiara el medicamento”

Por temor a comprar algo que deje de servirle, el paciente prefiere no adquirirlo, por lo que puede concurrir a la consulta con la presión alta. Si por algún motivo su médico decidiera cambiarle el medicamento, éste puede servirle para más adelante o para combinarlo con otro.

¿Un medicamento tomado durante tantos años seguidos puede provocar algún daño en el organismo?

Es muy raro que esto suceda, ya que las drogas que se utilizan en la actualidad han demostrado su seguridad sin provocar daño alguno, aún en tratamientos prolongados.

Lo que sí está demostrado es que la hipertensión arterial no controlada provoca complicaciones graves.

¿El tratamiento puede provocar impotencia sexual?

Es una preocupación muy frecuente en los pacientes. Algunas drogas pueden favorecerla, pero prácticamente esto se evita cuando se utilizan en dosis bajas.

Por otro lado, en la actualidad existen nuevos medicamentos que no afectan la función sexual y algunos, como los antagonistas de la angiotensina, pueden mejorarla.

Si soy hipertenso, ¿puedo tener una vida normal?

Absolutamente. Pero recuerde tomar su medicación, hacer una caminata diaria y alimentarse en forma saludable.

¿Por qué, si tomo un medicamento, no me baja la presión?

Si bien la causa de la hipertensión en la gran mayoría se desconoce, sabemos que existen varios mecanismos por los cuales una persona puede tener hipertensión arterial.

Las diferentes drogas en general actúan bloqueando un mecanismo; por lo tanto, es frecuente que deban tomarse dos o más medicamentos para “bloquear todos los mecanismos” y así poder controlar la hipertensión.

¿El tratamiento es para toda la vida?

La hipertensión arterial es una enfermedad que no se cura, sino que se controla y, por lo tanto, requiere un tratamiento de por vida.

Un ejemplo: Si usted tiene más de 45 años y tiene que usar anteojos para ver de cerca, sabe que cuando no los usa ve mal (hipertensión arterial), que cuando se los pone ve todo más claro (el tratamiento) y que debe usarlos de por vida (el tratamiento debe ser sostenido).

88

“Leí el prospecto y me dio miedo tomarlo”

Es muy frecuente escuchar este comentario. No se preocupe, las drogas son seguras, y si tiene alguna duda, consulte con su médico qué debe hacer.

Preguntas y respuestas sobre el colesterol**¿Existen aceites sin colesterol?**

Ningún aceite vegetal, sin excepciones, posee colesterol. La inscripción “sin colesterol” es sólo una atracción publicitaria, para el mayor consumo de una u otra marca.

¿Qué son los ácidos grasos saturados?

Las grasas y los aceites son mezclas de ácidos grasos. Cada grasa o aceite se designa saturado o insaturado. Los ácidos grasos saturados tienen todos los átomos de carbono ocupados (saturados). Usualmente están en estado sólido a temperatura ambiente.

Su consumo produce un incremento del colesterol “malo” o LDL en la sangre y favorecen la aterosclerosis. Debe limitarse su consumo.

Alimentos ricos en grasas saturadas: quesos grasos, carnes grasas, aves con piel, vísceras, fiambres, embutidos, crema de leche y helados cremosos.

¿Y los ácidos grasos insaturados?

Los ácidos grasos insaturados tienen una unión no ocupada (insaturado). Puede ser una y se llama monoinsaturado, o muchas y entonces se denominan poliinsaturados

Los monoinsaturados son aceites que son líquidos a temperatura ambiente y comienzan a solidificarse en la heladera. Estos aceites pueden disminuir el colesterol “malo” o LDL.

Los ácidos grasos poliinsaturados tienen varios átomos de carbono sin estar ocupados, son líquidos a temperatura ambiente y en la heladera. Pueden disminuir el colesterol “malo” o LDL.

¿Cuáles son los aceites recomendados?

Se recomienda el consumo de aceite de oliva, de canola, de soja, de girasol.

¿Por qué, si puedo utilizar aceites crudos, no puedo consumir frituras?

El motivo está dado por la transformación del cuerpo grasoso. El aceite que se utiliza para condimentar (crudo) posee una cantidad elevada de grasas poliinsaturadas (líquido).

Al realizar el calentamiento durante la fritura, este aceite, que se podía consumir, se satura (cambio en su química) y se transforma en inapropiado para una dieta para bajar el colesterol.

¿Qué son los aceites grasos-trans?

Los ácidos grasos-trans también son peligrosos para el corazón, aumentan el colesterol “malo” LDL, reducen el colesterol “bueno” HDL, favoreciendo el desarrollo de aterosclerosis.

Un estudio hecho en 80.000 enfermeras informó que las mujeres cuya alimentación era alta en ácidos grasos-trans, tuvieron un 53% más riesgo de infarto de miocardio, comparándolas con las que consumían menos ácidos grasos-trans. Las grasas-trans se usan en la margarina y, incluyendo muchos de los panes precocinados, en las galletitas dulces y saladas, en las masas comerciales de empanadas, tartas y facturas.

¿Qué son los omega 3?

Son ácidos grasos que favorecen la salud y previenen eventos cardiovasculares. Se encuentran fundamentalmente en algunos pescados como el salmón, la trucha de lago, la sardina, la caballa, el atún, el arenque y el

89

gatuzo. Se recomienda comer pescado al menos dos veces por semana. Hay estudios clínicos que demostraron que el consumo de este ácido graso puede ser beneficioso. Uno de los más importantes es el GISSI, que demostró que en pacientes con enfermedad coronaria conocida, seguidos durante 3,5 años y que estaban medicados para su enfermedad, una alimentación rica en omega 3 provocó una reducción de riesgo del 20% de la mortalidad total y un 45% de disminución de muerte súbita.

90

¿Las drogas para bajar el colesterol son realmente seguras?

Sí. Todos los estudios realizados hasta la fecha demostraron que son drogas muy seguras.

Si tomo alguna pastilla para reducir el colesterol, ¿puedo comer de todo?

De ninguna manera. La alimentación baja en grasas saturadas y trans y el ejercicio periódico son fundamentales en el tratamiento destinado a disminuir el colesterol.

¿Es bueno “descansar” el tratamiento?

No tiene ningún sentido. El tratamiento es eficaz si se hace en forma continua y pierde su efecto cuando se lo suspende.

Preguntas y respuestas sobre el sobrepeso

¿Para bajar de peso puedo hacer un día de ayuno?

Se ha comprobado que los ayunos no ayudan a los pacientes a bajar de peso, ya que no conducen a educarlo. Es ideal una alimentación hipocalórica bien restringida que permita cambiar sus hábitos alimentarios.

¿Debo hacer actividad física?

Es muy importante la realización de alguna actividad física para poder nivelar el ingreso de alimentos con el gasto de la actividad.

Bajo de peso y vuelvo a engordar

Es muy habitual escuchar esto todos los días, que por otra parte es muy cierto. Está demostrado que, después de un año, el 95% de las personas que bajaron de peso, vuelven a recuperarlo.

El 5% que lo mantiene lo hace porque continúa realizando una actividad física diaria.

Si quiere bajar de peso, realice una alimentación adecuada y si quiere mantener lo que bajó, haga actividad física.

LO IMPORTANTE PARA RECORDAR

- Si tiene su presión arterial y su colesterol normales con el tratamiento, no debe abandonarlo.
- Las drogas para bajar la presión arterial y el colesterol son seguras.
- La obesidad podría considerarse “la madre” de otras enfermedades, como la diabetes, la hipertensión y la aterosclerosis.
- Es fundamental su prevención desde la infancia.
- Si usted bajó de peso con una alimentación adecuada, realice actividad física para no volver a aumentarlo.

91

Conclusiones y propuestas

Empecé a escribir este Manual con varios objetivos:

Primero, para que usted conozca sobre su enfermedad y pueda participar, junto con su médico, de una forma muy activa en su tratamiento.

Segundo, para que pierda el miedo. Cuando a una persona le diagnostican hipertensión, siente que puede tener un ataque cerebrovascular o un infarto en cualquier momento y no puede hacer nada para evitarlos.

Ahora sabe que sí se pueden prevenir con un tratamiento adecuado y que su riesgo de presentarlos es mínimo si logra normalizar su presión arterial y su colesterol.

Tercero, para desterrar mitos y creencias habituales entre los pacientes hipertensos. Cuando a una persona le dicen que es hipertensa, lo primero que piensa es que “es nerviosa” y que lo único que le espera es comer aburrido y tomar un montón de pastillas que le van a provocar un sinnúmero de efectos adversos.

Ahora usted sabe que la hipertensión es una enfermedad y que puede comer muy saludable y sabroso y que no tiene que “tomar un montón de pastillas”, sino las necesarias para controlar su presión arterial y su colesterol.

La hipertensión arterial, el colesterol y la diabetes tienen en común muchos elementos, pero uno que deseo destacar es que las medimos en cifras, como 150/110 de presión, 240 mg/dl de colesterol y 142 mg/dl de glucemia o azúcar en la sangre.

Pero lo más importante que hay que saber es que todas son enfermedades. Que una vez normalizadas las cifras con el tratamiento, éste hay que continuarlo, porque también tienen en común que son enfermedades que se tratan y se controlan, pero no se curan.

Comencé este Manual diciendo que la hipertensión se conoce como “el asesino silencioso”. En parte es cierto, pero lo que es absolutamente ver

dad es que lo que “mata” es la falta de conciencia y de información.

Ahora usted tiene la información y espero que la lectura de este Manual le haya ayudado a tomar conciencia, ya que si así lo hace, podrá vivir más y mejor. No es poco.

Dr. Guillermo Fábregues
Médico Cardiólogo

Glosario:

Alfabloqueantes: Fármacos que reducen la presión arterial.

Angioplastia: Dilatación de una arteria obstruida, mediante un catéter con un balón inflable en su extremo.

Antagonistas de la angiotensina: Fármacos que reducen la presión arterial.

Aspirina: Fármaco que evita la formación de trombos.

Aterosclerosis: Enfermedad de las arterias, provocada por la acumulación de “grasa” en sus paredes.

Betabloqueantes: Fármacos que reducen la presión arterial.

Bloqueantes cálcicos: Fármacos que reducen la presión arterial.

Bypass coronario: Es la realización de “un puente” a una arteria obstruida.

Colesterol: Sustancia grasa que se encuentra en nuestro organismo.

Diuréticos: Fármacos que reducen la presión arterial.

Drogas de acción central: Fármacos que reducen la presión arterial.

Estatinas: Fármacos que reducen fundamentalmente el colesterol.

Espironalactona: Diurético que reduce la presión arterial.

Estudio de Framingham: El estudio de epidemiología más importante en cardiología.

Factores de riesgo: Son aquellos que, cuando están presentes, predisponen al desarrollo de la enfermedad cardíaca.

Fibratos: Fármacos que reducen fundamentalmente los triglicéridos.

Hemoglobina glicosilada: Es una prueba que permite conocer más acertadamente el promedio de los niveles de glucosa en la sangre.

Hipertensión arterial: Enfermedad de la pared arterial, que se manifiesta por la elevación de la presión arterial.

Índice de masa corporal: Relación que se determina por el peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la altura en metros.

IECA o Inhibidores de la enzima de conversión: Fármacos que reducen la presión arterial.

Milímetros de mercurio: Unidad que se utiliza para la medición de la presión arterial.

Obesidad: Enfermedad que se define cuando el índice de masa corporal es igual o mayor de 30 kg/m².

Prediabetes: Se considera que una persona está en esta situación cuando la glucosa en ayunas es mayor de 110 mg/dl y menor de 126 mg/dl. O cuando después de una sobrecarga de glucosa a las dos horas, la glucosa está entre 140 y 199 mg/dl.

Prehipertensión: Cifras de presión arterial que, con el tiempo, en un gran porcentaje de casos llevan al desarrollo de hipertensión arterial.

Presuromanía. El deseo exagerado y compulsivo de medirse la presión arterial.

Sedentarismo: Es un factor de riesgo que se caracteriza por la no realización de actividad física diaria.

Sobrepeso: Enfermedad que se define cuando el índice de masa corporal está entre 25 y 29 kg/m².

Stent: Es un dispositivo que se coloca en el interior de la arteria cuando se realiza una angioplastia para evitar que se vuelva a tapar.

Tabaquismo: Adicción al cigarrillo.

Tiazidas: Diuréticos que disminuyen la presión arterial.

96 **Tratamiento farmacológico:** Tratamiento a base de fármacos o medicamentos.

Tratamiento no farmacológico: Tratamiento a base de modificaciones del estilo de vida.

Triglicéridos: Sustancia grasa que se encuentra en nuestro organismo.

Viagra: Nombre comercial del sildenafil.