

## Revista Mexicana de Cardiología

Volumen  
Volume 13

Número  
Number 2




Abril-Junio  
April-June 2002

*Artículo:*




¿Deben ser tratadas la hipertensión y la diabetes por los cardiólogos?

Derechos reservados, Copyright © 2002:  
Asociación Nacional de Cardiólogos de México, AC

Otras secciones de  
este sitio:

-  [Índice de este número](#)
-  [Más revistas](#)
-  [Búsqueda](#)

*Others sections in  
this web site:*

-  [Contents of this number](#)
-  [More journals](#)
-  [Search](#)



## ¿Deben ser tratadas la hipertensión y la diabetes por los cardiólogos?

Héctor Hernández y Hernández\*

Los tiempos han cambiado, la Cardiología ha cambiado enormemente, muchas generaciones de cardiólogos nunca estudiaron hipertensión arterial, y en promedio el 35% de su consulta privada es por esta enfermedad; los residentes de cardiología actuales están más interesados por la hemodinámica y el intervencionismo, no estudian diabetes y se interesan poco por la hipertensión.

En nuestro país, se estimó en el año 2000 una población de 97,483,412 habitantes y en ese mismo año las estadísticas de mortalidad indican que la primer causa de muerte son las enfermedades del corazón, con una tasa de 72.8/100,000 habitantes, encontrándose en el tercer sitio la diabetes con una tasa de 55.1/100,000 habitantes.

La hipertensión arterial es la enfermedad crónica más frecuente en el mundo. Si consideramos que en un estudio de 52 poblaciones diferentes, la prevalencia fluctuó entre 0 y 33.5%,<sup>1</sup> nuestro país presenta una de las prevalencias más altas, ya que en la Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA) el promedio nacional fue de 30.05% y tenemos doce entidades con cifras superiores a ese 33.5%, la mayor es Baja California con 35.1%.<sup>2</sup>

La mortalidad nacional por hipertensión va en incremento, en 1980 fue de 4.8/100,000 habitantes y para el 2000 de 9.8/100,000, con un aumento relativo de riesgo superior al 100%, además, hay que tomar en cuenta que participa en el 27% de las muertes debidas a cardiopatía isquémica y en el 42% de las debidas a enfermedad cerebrovascular.<sup>3</sup>

Ahora sabemos que el riesgo de la hipertensión no sólo es dado por la gravedad de las cifras tensionales,

sino también por su asociación a otros factores de riesgo cardiovascular, entre los que destaca la diabetes, por ello la Organización Mundial de la Salud y la Sociedad Internacional de Hipertensión establecieron la estratificación del riesgo en la hipertensión arterial,<sup>4</sup> que aun en presencia de hipertensión grado 1 considera de riesgo alto al sujeto que concomitantemente asocia diabetes mellitus.

En la ENSA la prevalencia nacional de diabetes fue de 10.8%. En los hipertensos se asoció la diabetes en un 16.4%, cifras muy similares a las encontradas por nosotros en la consulta privada del 18.8%.<sup>5</sup>

La interrelación de la hipertensión con la diabetes es bidireccional, pero no similar, ya que en los hipertensos se asocia la diabetes en un 16.4%, mientras que en los no hipertensos tan sólo 8.2%, es decir el hipertenso tiene riesgo de ser diabético dos veces más; por otro lado, en los diabéticos hay 46.2% de hipertensos y en los no diabéticos 28.1% de hipertensos; es decir el diabético tiene riesgo de ser hipertenso 1.6 veces más.<sup>2</sup> Además, no hay que olvidar que tanto la hipertensión como la diabetes junto con las dislipidemias, la obesidad central, la hiperuricemia, la hiperfibrinogenemia y el aumento de la viscosidad sanguínea están vinculadas fisiopatológicamente a través de la resistencia a la insulina, constituyendo el llamado Síndrome Metabólico.

La asociación de hipertensión y diabetes favorece significativamente la presencia de infarto del miocardio en sujetos masculinos, así como la enfermedad cerebrovascular y la hipertrofia ventricular izquierda en cualquier sexo. En los diabéticos las complicaciones más frecuentes son las cardiovasculares y responsables de la muerte en un 86% de los casos.<sup>6</sup>

Estudios clásicos como el UKPDS y el HOT, demostraron la utilidad de un buen control en los hipertensos, sobre todo en los diabéticos, por lo que la meta terapéutica en los hipertensos sin otras patologías debe ser menos de 140/90 mmHg, mientras que

\* Cardiólogo.

Director General de la Clínica de Prevención del Riesgo Coronario.

en el hipertenso diabético debe ser menos de 130/80 y en el que se asocia también nefropatía menos de 120/80. La mayor protección se logra al abatir la presión sistólica a 110 mmHg o menos, preferentemente utilizando un inhibidor de la ECA, considerando que para un control adecuado es necesario en la mayor parte de las ocasiones un tratamiento farmacológico combinado.<sup>7</sup>

En la prevención secundaria, el sujeto diabético, es considerado de alto riesgo, en forma similar a los enfermos que ya presentaron infarto del miocardio, por lo que en ellos la meta terapéutica de la lipoproteína de colesterol de baja densidad, debe ser igual o menor de 100 mg/dL.<sup>8</sup>

Acorde a los conocimientos actuales, está claro que tanto la hipertensión arterial como la diabetes mellitus están participando en las principales causas de muerte de nuestra comunidad, al igual que en los primeros motivos de hospitalización, manifestados por problemas cardiovasculares, razón por la que está justificado que los cardiólogos deban estudiar y estar actualizados para atender a los hipertensos y a los diabéticos, pero hasta ahí nos quedaríamos cortos; la recomendación final es que todos los médicos y sobre todo los generales o familiares, médicos de primer contacto, en quienes recae la responsabilidad

de iniciar el estudio y tratamiento de estos enfermos, estén preparados para atenderlos en forma oportuna y adecuada. Acciones que nuestro país demanda.

#### BIBLIOGRAFÍA

1. INTERSALT Cooperative Research Group. INTERSALT: an international study of electrolyte excretion and blood pressure: result for 24 hour urinary sodium and potassium excretion. *BMJ* 1988; 297: 319-328.
2. Velázquez MO, Rosas PM, Lara EA, Pastelín HG y cols. Hipertensión arterial en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2000. *Arch Cardiol Mex* 2002; 72: 71-84.
3. Exaire ME, Hernández HH y grupo de consens. II Consenso Nacional de Hipertensión. *Rev Mex Cardiol* 2001; 12: 9-63.
4. 1999 World Health Organization-International Society of Hypertension Guidelines for the management of Hypertension. Guidelines Subcommittee. *J Hypertens* 1999; 17: 151-183.
5. Hernández H, Brito O, Domínguez A, Luengas ME y cols. Prevalencia de factores de riesgo coronario en pacientes hipertensos. *Rev Mex Cardiol* 1999; 10(3): 112-117.
6. Arauz-Pacheco C, Parrott MA, Raskin P. The treatment of hypertension in adult patients with diabetes. *Diabetes Care* 2002; 25 (1): 134-147.
7. Jafar RH, ScEmid CH, Stark PC. The optimal level of blood pressure and urine protein excretion for the prevention of progresión of chronic renal disease. *J Am Soc Nephrol* 2000; 11: 63<sup>a</sup>.
8. Summary of the NCEP Adult Treatment Panel III Report. *JAMA* 2001; 285: 2486.