

## Archivos de Cardiología de México

Volumen 75  
Volume

Número 2  
Number

Abril-Junio 2005  
April-June

*Artículo:*

### Cartas al editor

Derechos reservados, Copyright © 2005  
Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

**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](#)

## CARTAS AL EDITOR

Colima, a 30 de mayo de 2005

### Sr. Editor

La serie de informes publicados en esta revista a partir del primer número de 2002 con los Resultados de la Encuesta Nacional de Adicciones (ENSA) 2000<sup>1</sup> representan un instrumento de valor incalculable para el trabajo de los médicos mexicanos. Los autores hacen notar a los lectores los aspectos relevantes de sus observaciones, pero además han tenido la gracia de aportar gran cantidad de datos que permiten intentar análisis *post hoc*.

Destaco ahora dos aspectos de singular interés que he abordado con semejante enfoque:

El estudio RENATA<sup>2</sup> es un seguimiento entre 2 y 4 años de las personas estudiadas en ENSA que muestra “un cambio en la prevalencia de tipo de HTAS (hipertensión arterial sistémica) con la edad, la sistolodiastólica creció y la diastólica pura disminuyó”. Los autores explican el cambio como resultado de “motilidad en la historia natural de la enfermedad, ya que de un predominio diastólico franco en la población joven, se observó un cambio hacia el predominio de la HTAS sistolodiastólica y sistólica pura que fueron a la par de la edad en esta población”.

El seguimiento de la RENATA fue entre dos y cuatro años, pero la población cambió pues la edad media del grupo de la ENSA fue  $39.4 \pm 12.9$ , para varones, y  $38.6 \pm 13.0$ , para mujeres. En las personas estudiadas en la RENATA es de  $45.6 \pm 12.6$ .

Como el informe de la ENSA ofrece muchos datos, yo apliqué un análisis *post hoc* –re escalando valores para emplear la  $\chi^2$ – en busca de asociación entre edad mayor o menor de 65 años e hipertensión arterial sistolodiastólica (SD), sistólica pura (SP) o diastólica pura (DP) confirmando la asociación de edad (mayor de 65 años) con SD y SP, en ese orden; no con DP: OR = SD:

3.73 (IC95% = 3.34 a 4.16); SP: 1.61 (IC95% = 1.25 a 2.06)  $P < 0.001$ .

El segundo aspecto que me ha llamado la atención de esta serie de publicaciones es la distribución de colesterol en los grupos de edad del informe de hipercolesterolemia e hipertensión arterial en México,<sup>3</sup> que es también parte de la Encuesta Nacional de Salud. Dicen los autores: “el mensaje principal es que números absolutos el 75% de la población con HCL (hipercolesterolemia) se ubica entre los 20 y 54 años”.

Deseo destacar que, como se aprecia en la *Tabla II* y en la *Figura 3* de ese artículo, las personas más jóvenes tienen menor prevalencia de HCL. Así, de la población no hipertensa, los menores de 34 años con peso adecuado la mostraron en 19.8% y 18.8% según su sexo, que contrasta con población semejante entre 35 y 54 años que tuvieron 39.6% y 38.0%, y con el grupo de 55 a 69 años que tuvieron 36.7% y 47.4%.

Esta observación es importante porque confirma nuestra experiencia: al analizar una muestra representativa de la población de Colima para establecer la curva de distribución,<sup>4</sup> observamos una curva bimodal porque los menores de 30 años tienen media menor que los mayores ( $167 \pm 39.12$  mg/dL vs  $212.63 \pm 107.46$  mg/dL). El análisis *post hoc* de los datos publicados en reporte del NECP<sup>5</sup> en 1988 también lo muestra así: El valor medio de colesterol sérico total de varones –de cualquier raza– con edad entre 20 a 24 años fue 180 mg/dL mientras que el de varones semejantes de 45 a 54 años que fue 227 mg/dL. En las mujeres de 20 a 24 años (también de cualquier raza) es igual: ellas tuvieron 184 mg/dL y las de 45 a 54 años tuvieron 232 mg/dL. Como la publicación incluye todos los datos la comparación es fácil. Yo escogí tales grupos de edad porque cumplen los supuestos necesarios de una prueba t de Student (variables continuas, varianzas iguales y semejante número de observaciones). La

prueba muestra que sí son diferentes y en ambos grupos el valor P fue menor de 0.001.

Por lo tanto, yo agregaría: La noticia es que los menores de 30 tienen diferencia en el metabolismo del colesterol. En nuestra publicación propusimos la hipótesis de que ocurre un proceso de agotamiento en la producción de la Apo A1, lo que inmovili-

za el transporte retrógrado de colesterol -como HDL-, satura la célula, inhibe la producción de receptores de LDL, a la vez que sobreestimula la producción de LDL, desencadenando el proceso de producción de aterosclerosis.

**Cuahtémoc Acoltzin Vidal**

## Referencias

1. VELÁSQUEZ MO, ROSAS PM, LARA EA, PASTELÍN HG, GRUPO ENSA 2000, ATTIE F, TAPIA CR: *Hipertensión arterial en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000*. Arch Cardiol Mex 2002; 72: 71-84.
2. ROSAS PM, LARA EA, PASTELÍN HG, VELÁSQUEZ MO, MARTÍNEZ RJ, MÉNDEZ OA, ET AL: *Re-encuesta Nacional de Hipertensión Arterial (RE-NATA): consolidación Mexicana de los Factores de Riesgo Cardiovascular, Cohorte Nacional de Seguimiento*. Arch Cardiol Mex 2005; 75: 96-111.
3. LARA A, ROSAS M, PASTELÍN G, AGUILAR C, ATTIE F, VELÁSQUEZ MO: *Hipercolesterolemia e hipertensión arterial en México. Consolidación urbana actual con obesidad, diabetes y tabaquismo*. Arch Cardiol Mex 2004; 74: 231-245.
4. RABLING E, ACOLTZIN C: *Curva de distribución de colesterol sérico total, mediante análisis de muestra capilar, en la población de Colima*. Rev Mex Cardiol 1991; 2(1): 35-37.
5. Report of the National Cholesterol Education Program expert panel on detection, evaluation, and treatment of high blood cholesterol in adults. Arch Intern Med 1988; 148: 36-69.

## Estimado Sr. Dr. Acoltzin Vidal

Agradecemos su tiempo y dedicación al análisis de nuestros trabajos, esto es una genuina muestra del interés y la necesidad de publicar en nuestro idioma aspectos de suma relevancia para el país, como lo son las enfermedades crónicas esenciales del adulto, primera causa de muerte en adultos. Su trayectoria y experiencia en el área,<sup>1-4</sup> impone un valor agregado a sus observaciones. Los autores ofrecemos las siguientes respuestas.

- RENAHTA, correspondió a una Re-encuesta Nacional de población hipertensa detectada en el año 2000, la edad promedio informada por nosotros en ENSA 2000<sup>5</sup> para el rubro de hipertensión fue de  $43.5 \pm 13.3$ ; sin embargo, su observación estadística de relación es muy válida y enfatiza la estrecha relación entre los

mayores de 60 años con la hipertensión sistodiastólica pura.

- El estudio de colesterol se realizó en el área urbana y su importancia destaca en ser el estudio más grande (> 120,000 sujetos) en adultos del que se tenga registro en México. Las prevalencias de diabetes, hipertensión y obesidad fueron semejantes a lo informado por ENSA en el año 2000. Si bien estamos de acuerdo con sus observaciones de que la población joven tuvo una prevalencia menor de hipercolesterolemia vs el adulto mayor, nuestra afirmación de que el 75% de la población portadora de hipercolesterolemia es menor de 54 años, radica en que, al convertir los valores porcentuales en números absolutos de acuerdo a los millones de sujetos ubicados se encuentra en cada grupo de edad, obtuvimos que el mayor número se encuentra entre los 20 y 54 años, la explicación es clara, en nues-

tro país la distribución poblacional es aún francamente piramidal, de manera tal que la gran masa poblacional adulta se ubica entre los 20 y 54 años, de ahí que la conversión porcentual a números absolutos nos haya dado esta observación. Sin embargo, otra vez, tiene toda la razón en el sentido de que no debemos soslayar a la edad como un factor de riesgo independiente para la presencia de enfermedades crónicas. Pero sobre todo su observación es aún más válida en el sentido de que el comportamiento de los valores promedios por grupos de edad es diferente y compleja.

- Su hipótesis de que ocurre un agotamiento en la producción de Apo A1, es difícil sustentar con nuestro estudio. Sin embargo, nosotros encontramos al igual que usted que el comportamiento del colesterol, respecto a la edad, glucosa, triglicéridos y obesidad central, no es de ninguna manera rectilínea. Así, al igual que usted, pensamos que los mecanismos fisiopa-

tológicos subyacentes requieren de una re-evaluación analítica profunda sobre todo en épocas en que se pretende estandarizar de forma simplista diagnósticos tan complejos como el denominado SÍNDROME METABÓLICO.

- Es imperativo continuar con estudios regionales y nacionales, pues del conocimiento profundo del comportamiento de las enfermedades crónicas esenciales del adulto en México y sus formas de interacción se obtendrán los paradigmas más acertados para confrontar a esto que se ha denominado por la OMS como la pandemia del siglo.

**Martín Rosas Peralta**

Jefe de Servicio,  
Cardiología Adultos, INCICH.  
Responsable de la Unidad  
de Estudios Avanzados en Hipertensión y  
Factores de Riesgo Cardiovascular

## Referencias

1. ACOLTZIN VC, MALDONADO VI, RODRIGUEZ CL, MUNIZ MJJ: *Diminished vascular density in the aortic wall. Morphological and functional characteristics of atherosclerosis*. Arch Cardiol Mex 2004; 74(3): 176-80.
2. CERVANTES J, ACOLTZIN C, AGUAYO A: *Diagnosis and prevalence of arterial hypertension in persons under 19 years of age in the city of Colima*. Salud Publica Mex 2000; 42(6): 529-32.
3. ACOLTZIN C, NAVARRO F: *Primary spontaneous bilateral coronary dissection associated with arterial calcicosis*. Gac Med Mex 1997; 133(2): 149-50.
4. ACOLTZIN C, LEZAMA Y: *Lack of apolipoprotein A1 in patients recovering from myocardial infarction*. Am J Cardiol 1990; 66(1): 124.
5. ROSAS PM, LARA EA, PASTELÍN HG, VELAZQUEZ MO, MARTINEZ RJ, MENDEZ OA, LORENZO NJA, LOMELI EC, GONZALEZ HA, HERRERA AJ, TAPIA CR, ATTIE F: *Re-encuesta Nacional de Hipertensión. Consolidación Mexicana de los factores de riesgo Cardiovascular*. Arch Cardiol Mex 2005; 75: 96-111.

