

Titulo: HTA y Obesidad*.

Autor:

SOVASHTA.

Centro

Osakidetza. Vitoria-Gasteiz.

Correo electrónico: julenocharan@yahoo.es

***II Reunión Sociedad Vasca de Hipertensión Arterial
(SOVASHTA). Vitoria-Gasteiz, 9 de febrero de 2001.**

RESUMEN.

En esta II reunión de la Sociedad Vasca de Hipertensión (SOVASHTA), vamos a abordar el tema de la obesidad y la hipertensión arterial (HTA). Teniendo en cuenta los últimos estudios epidemiológicos, en la declaración de Milán, se insta a las autoridades sanitarias a que reconozcan que el sobrepeso y la obesidad como un problema con una enorme carga económica y social. Además, se encuentran entre las principales causas de muerte por estas enfermedades. Se valora la dieta, el ejercicio, sus relaciones la fisiopatología en la obesidad, la evaluación del paciente hipertenso-obeso y el tratamiento de la HTA en pacientes obesos. Y se finaliza con una bibliografía del tema.

Palabras claves:

Obesidad. Hipertensión arterial. Sobrepeso. Muerte. Evaluación. Tratamiento. Dieta.

INTRODUCCION

En las civilizaciones occidentales hay dos situaciones patológicas "in crescendo" Obesidad e Hipertensión (HTA). Ambas entidades se asocian y se potencian, encontrándose esta asociación en amplios estudios epidemiológicos, descrito ya en estudios de Framingham en 1967 en el que se demostró una relación clara entre el porcentaje de hipertensos y el peso relativo(1)

La asociación de Obesidad y HTA son factores de riesgo cardiovascular siendo ambos parámetros en si mismos factores per se, que al presentarse juntos potencian dicho riesgo, considerando algunas guías la obesidad como factor de riesgo mayor (2).

En el estudio Framingham se estima que más del 70% de nuevos casos de hipertensos se debe a obesos o aumento de peso. Salvando las distancias culturales con nuestro país, debemos hacer cada vez mas hincapié a estos datos a la hora de enfocar la HTA. Se considera que por cada 10 kgrs de aumento de peso corporal aumenta 3 mm la presión sistólica y 2 mm la presión diastólica. (3)

La prevalencia de exceso de peso en España es muy alta, el 52 % de la población mayor de 25 años. Un 13 % tienen obesidad (IMC 30 o más) y un 39% tienen sobrepeso 25 o más.

El aspecto psicológico es muy importante en el exceso de peso. La calidad de vida esta muy afectada en este tipo de población. Hay un aumento de la ansiedad, pero tolerancia al dolor, deterioro en las relaciones sociales (aislamiento social), disminución de la actividad sexual y aumento de los problemas osteoarticulares (4).

Esta ampliamente probado la relación de la morbimortalidad de la Obesidad siendo los índices de mortalidad mayores en obesos, incrementándose la mortalidad 12 veces en obesos entre 25 y 34 años y 6 veces mas en obesos de edades entre 35 y 44 años. Siendo las causas de muerte Cardiovasculares (54%), Accidentes (10%), Cáncer (8%) Suicidios (6%) y Diabetes (4%)(5)

I. DIETA y OBESIDAD

La obesidad posiblemente ha existido siempre pero, hasta épocas recientes no se han dado las circunstancias socioeconómicas para la existencia de obesos de forma tan generalizada como ahora. En épocas recientes se han dado varios factores que hacen posible estas circunstancias, mayor producción de alimentos, mayor nivel económico socialmente generalizado y mayor supervivencia(6)

Por otra parte se produce la paradoja que los grupos sociales con mas cultura o medios han logrado controlar la obesidad quedando los grupos de estratos sociales medios e inferiores con la incidencia mayor de obesidad.

A pesar de los avances científicos existen múltiples incógnitas de los mecanismos porque se produce el sobrepeso. El origen del sobrepeso es multifactorial aunque cada vez existen mayores evidencias de la existencia de la alteración de los mecanismos centrales que regula el hambre y la saciedad

Los mecanismos del Comportamiento Alimentario Normal (CAN) en el que las fases normales Fase prepandrial, Fase Prandial y los fenómenos de Saciedad en

la Fase postprandial se implican solapándose. Estas alteraciones suelen ser diferentes entre los obesos jóvenes y mayores. Entre los jóvenes la hiperorexia e hiperfagia son mas acusadas entre las comidas habituales, deteriorandose el ritmo normal de apetito e ingesta. Entre los Obesos mayores las fases de hiperorexia e hiperingesta desaparecen y son reemplazados por una menos ingesta de los alimentos, permaneciendo la obesidad por la pasividad física de estas personas(7).

II RELACION ENTRE HTA y OBESIDAD

La relación HTA, Obesidad y morbilidad Cardiovascular esta ampliamente documentada(8). Actualmente se considera más importante que el IMC (Indice de Masa Corporal) es la distribución de la grasa corporal (9) siendo la acumulación de la grasa en el abdomen un dato que comporta peor comportamiento metabólico y mayor riesgo cardiovascular. Habiéndose utilizado la relación Cadera/ Cintura (C/C) y actualmente la medida del perímetro abdominal como una medida diagnóstica más eficaz que la C/C (10). Cuando la medida de la cintura es >de 102 cm en el hombre o > de 88 en las mujeres, se establece el diagnostico de obesidad central.

Aunque la asociación descrita se encuentra en todas las edades, dicha asociación decrece cuando aumenta la edad. Entre 20 y 40 años el riesgo relativo asociado al peso es 5,6; a partir de los 45 años esta asociación disminuye hasta 1,9 (11).

III FISIOPATOLOGIA EN LA OBESIDAD

La obesidad altera de manera importante la hemodinámica siendo esta una causa importante de la HTA Existe un aumento de la Volemia secundaria a la retención de Sodio aumentada por la necesidad de perfundir un aumento de masa corporal (12) y un aumento de las resistencias periféricas. Estas alteraciones se añaden a un aumento de la Hipertrofia Ventricular Izquierda incluso en ausencia de hipertensión arterial.

La presencia del Hiperinsulinismo es una constante en los Obesos Hipertensos, esta situación es multifactorial siendo la elevada ingesta de carbohidratos, la disminución del metabolismo hepático de la Insulina y sobre todo la resistencia a la insulina en los tejidos periféricos las causas más importantes. Este hiperinsulinismo tendría un factor etiológico fundamental tanto la patogenia de la HTA como en los trastornos metabólicos (obesidad, Dislipemia, Intolerancia a la Insulina).

Este Hiperinsulinismo es responsable del aumento de la Tensión Arterial a través de incremento de la reabsorción renal de Sodio, Estimulación de la bomba Na/K, Incremento del Calcio Intracelular y una estimulación del Sistema Nervioso Simpático(13)

Esta estimulación del Sistema Simpático es una respuesta orgánica para limitar el almacenamiento de glucógeno en el músculo y de triglicéridos en los adipocitos, intentando de esta manera controlar la obesidad con el coste de un aumento de las posibilidades de producir Hipertensión.

IV EVALUACION DEL PACIENTE HIPERTENSO-OBESO

La evaluación de los Hipertensos Obesos es similar a los pacientes no Obesos hipertensos salvo algunas peculiaridades.

Se deben valorar mas cuidadosamente los factores de riesgo Metabólicos por la presencia de la resistencia a la Insulina, precisando la determinación en ayunas del Colesterol total, HDL y LDL-Colesterol.

Precisar la existencia de MicroAlbuminuria , como factor de riesgo cardiovascular.

Importante la valoración cardiológica con la realización de Ecocardiograma.

V TRATAMIENTO DE LA HTA PACIENTES OBESOS

El enfoque terapéutico del paciente Obeso Hipertenso se apoya en dos ejes fundamentales, Medidas Higienico Dietéticas y Medidas Farmacológicas

a) Medidas Higiénico Dietéticas

Si la importancia del tratamiento no farmacológico de la HTA es importante, en los pacientes Obesos es primordial ya que está comprobado que a mayor peso mayor HTA. Pequeñas perdidas de peso producen importantes efectos en el control de la HTA así como de un mejor control metabólico Se ha demostrado que con una pérdida de peso del 50% las presiones arteriales se normalizaron en mas del 60 % de los pacientes con exceso de peso (14).

Debe establecerse una educación sanitaria a largo plazo, con visitas frecuentes, objetivos realistas y debemos valorar la utilización de fármacos que ayuden a conseguir bajadas iniciales de peso (Orlistat).

La actividad física es especialmente recomendado en este grupo de pacientes ya que su efecto es múltiple. Mejoría del control de peso, disminución a la resistencia de la insulina y disminución del tono simpático(15)

La disminución de la ingesta de alcohol, elevada en este grupo de pacientes, es así misma altamente recomendable ya que se controlará mejor la ingesta calórica y ayudara a mejorar el control de la HTA.

b) Tratamiento farmacológico.

El tratamiento farmacológico debe ser similar a los pacientes no obesos siendo el objetivo T.A inferiores 140/90 mm HG insistiendo una disminución mayores en pacientes diabéticos.

La utilización de fármacos debe ser empírica siguiendo las guías habituales del tratamiento de la HTA aunque insistiendo en utilizar fármacos que actúan sobre algunos de los mecanismos farmacológicos de la HTA (HiperInsulinismo) utilizando los IECAs, ARA II y Alfabloqueantes.

La utilización de hipotensores centrales ((Moxonidina) debe considerarse en estos pacientes ya que está comprobado la hiperestimulación del sistema simpático en los Obesos.

BIBLIOGRAFIA

1. Kannel WB, Brand N, Skimer JJ. The relation of adiposity to blood pressure and development of hypertension. *Ann Intern Med* 1967; 67:48-59.
2. Guidelines Subcommittee. 1999. World Health Organization-International Society of Hypertension. Guidelines for the Management of Hypertension. *J Hypertens* 1999; 17:151-183.
3. Boe J, Hummerfelt S, Wedervang F, Oecon C. The Blood pressure in a population: blood pressure readings and height and weight determinations in the adult population of the city of Bergen. *Acta Med Scand* 1957; 157:202-206.
4. Fontaine K. Estimating Health-Related Quality of Life in Obese Individuals. *Dis-Manage-Health-Outcomes*. 1998;3:61-70
5. National Institutes of Health. National Heart, Lung and Blood Institute. Clinical Guidelines on the Identification, Evaluation and treatment of Overweight and Obesity in Adults. *Arch Intern Med* 1998; 158:1.855-1.867.
6. Burchell, S.C. La edad del progreso. Las grandes épocas de la Humanidad. Time-Life International. Nueva York, 1996
7. Craddock D : Obesity and its management. Longman 1978.
8. Calle EE, Thun MJ, Petrelli JM, Rodriguez c, Heath CW . Body-mass index and mortality in a prospective cohort of US adults. *N England J Med* 1999; 341:1.097-1.105 .
9. Drenick E. Excessive mortality and causes of death in morbidly obese men *JAMA* 243;443-445.1980.
10. Lean MEJ , Han TS, Morrison CE. Waist circumference as a measure for indicating need for weight management . *BMJ* 1995; 157:657-667.
11. Van Itallie TB. Health implications of overweight and obesity in the United States. *Ann Intern Med* 1985 ;103:983-988.
12. Messerli FH, Christie B, De Carvalho JGR. Obesity and essential hypertension: hemodynamics, intravascular volume, sodium excretion and plasma renin activity. *Arch Intern Med* 1981; 141: 81-85.
13. Luque Otero M, Fernandez Pinilla C. Resistencia a la insulina e hipertensión arterial. Implicaciones fisiopatológicas y terapéuticas. *Hipertensión* 1999;7:262-270.
14. Eliahou HE, Laina A, Gaon T, Shochat J. Body weight reduction necessary to attain normotension in the overweight hypertensive patients . *Int J Obes* 1981;5:157-163.
15. Horton Es. The role of exercise in the treatment of hypertension in the obesity. *Int J Obes* 1981;5:165-171.