

Caracterización de los pacientes en una consulta de hipertensión arterial de un municipio de Risaralda, Colombia, 2005-2012

Miguel Darío Valencia-García;

Subgerente, E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl, Santa Rosa de Cabal, Risaralda, Colombia.

Olga Lucía Aguilar;

Gerente, E.S.E. Hospital San Vicente de Paúl, Santa Rosa de Cabal, Risaralda, Colombia.

Alfonso J. Rodríguez-Morales.

Docente, Departamento de Medicina Comunitaria, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Tecnológica de Pereira, Pereira, Risaralda, Colombia. Coordinador, Oficina de Investigación Científica, Cooperativa de Entidades de Salud de Risaralda (COODESURIS), Pereira, Risaralda, Colombia.

Correo electrónico: arodriguez@utp.edu.co, investigacion@coodesuris.com

Resumen

Objetivo: Describir las características de los pacientes evaluados en la consulta de hipertensión arterial (HTA) del Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal, Risaralda, Colombia, atendidos en el período 2005-2012. *Diseño del estudio:* Estudio observacional descriptivo de tipo retrospectivo. *Lugar del estudio:* Hospital San Vicente de Paúl de Santa Rosa de Cabal, Risaralda, Colombia. *Pacientes:* Población atendida en el programa de detección de HTA con sospecha de la enfermedad que fueron ingresados a la consulta de HTA del Hospital. *Mediciones:* Se evaluaron variables demográficas y clínicas, incluyendo presión arterial sistólica y diastólica, peso, talla e índice de masa corporal, entre otras. *Resultados:* De un total de 6030 pacientes, fueron encontrados 62,5% con sobrepeso/obesidad (64,7% en mujeres y 57,4% en hombres, OR=1,363; IC95% 1,217-1,527)(74,7% en los 20-59 años y 53,2% en ≥ 60 años, OR=2,597; IC95% 2,326-2,899). Para la presión arterial, 95,5% (IC95% 95,010-96,068) presentaban valores de prehipertensión/HTA, siendo mayor en aquellos de 20-59 años (89,4%) que en los ≥ 60 años (81,2%)(OR=1,961; IC95% 1,686-2,278). *Conclusión:* El presente estudio permitió caracterizar la población de pacientes que acudieron a la consulta de HTA del hospital de referencia del municipio durante más de 6 años, del cual no existen estudios previos y que muestra una considerable proporción de población con alteraciones de la presión arterial así como del IMC, llamando la atención un predominio significativo en aquellos de 20-59 años en comparación con los de 60 y más, posiblemente asociado a factores de demanda de servicios y de carácter cultural y nutricional.

Palabras Clave: Hipertensión arterial, factores de riesgo, epidemiología, diagnóstico, prevención, Risaralda.

Characterization of the patients in a outpatient clinic of hypertension at one municipality of Risaralda, Colombia, 2005-2012

Abstract

Objectives: To describe the characteristics of patients evaluated at the consult of high blood pressure (HBP) of the Hospital San Vicente de Paúl of Santa Rosa de Cabal, Risaralda, Colombia, attended during the period 2005-2012. *Study design:* Observational, descriptive, retrospective study. *Study area:* Hospital San Vicente de Paúl of Santa Rosa de Cabal, Risaralda, Colombia. *Patients:* Population attended at the

Recibido : 19-10-2012.

Aceptado : 06-11-2012.

program of detection of HBP with suspect of disease that was admitted to the consult of HBP of the Hospital. Measurements: Different demographical and clinical variables were evaluated, including systolic and diastolic blood pressure, weight, height and body mass index, among others. Results: From 6030 patients, 62.5% were found with overweight/obesity (64.7% in females and 57.4% in males, OR=1.363; 95%CI 1.217-1.527) (74.7% in those 20-59 years-old and 53.2% in ≥60 years-old, OR=2.597; 95%CI 2.326-2.899). For the blood pressure, 95.5% (95%CI 95.010-96.068) presented prehypertension/HBP values, being higher in those 20-59 years-old (89.4%) than in those ≥60 years-old (81.2%)(OR=1.961; 95%CI 1.686-2.278). Conclusion: Current study allowed to characterize the patients population that attended the HBP service of the reference hospital at the municipality during more than 6 years; from this one there are no previous studies and this shown a considerable proportion of the population with blood pressure alterations as well also high values of BMI, being remarkable the significant predominance among those 20-59 years-old, compared to those 60 and above, possibly linked to factors such as services demand as well cultural and nutritional issues.

Key words: High blood pressure, risk factors, epidemiology, diagnosis, prevention, Risaralda.

Introducción

Las enfermedades cardiovasculares continúan siendo la principal causa de mortalidad en el mundo, incluyendo allí a Latinoamérica y a Colombia (1,2). De acuerdo a datos del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (www.dane.gov.co), durante el año 2009 fallecieron 196.933 sujetos en Colombia, de los cuales 24.570 (12,48%, 1º lugar) correspondieron a muertes por infarto agudo de miocardio (CIE-10, I12), 4.068 (2,07%, 7º lugar) por otras enfermedades cerebrovasculares (CIE-10, I67), 3.233 (1,64%, 9º lugar) por insuficiencia cardíaca (CIE-10, I50) y 3.184 (1,62%, 10º lugar) por enfermedad cardíaca hipertensiva (en conjunto, estas patologías fueron la causa del 17,8% de las muertes ocurridas en el año en el país) (Cuadro 1).

Cuadro 1. Mortalidad por enfermedades cardiovasculares reportadas en las primeras 10 causas de muerte en Colombia y en Risaralda, 2009 (DANE).

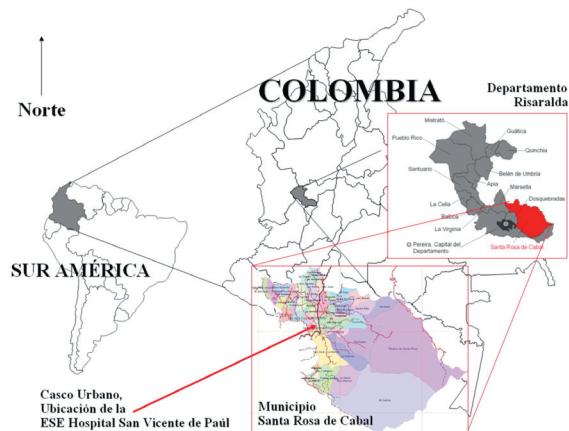
	Nacional				Risaralda			
	N	%	Tasa*	Posición	N	%	Tasa*	Posición
Total de Muertes	196.933	100,00	437,85	-	5.166	100,00	561,73	-
Infarto Agudo del Miocardio	24.570	12,48	54,63	1º	737	14,27	80,14	1º
Otras Enfermedades Cerebrovasculares	4.068	2,07	9,04	7º	82	1,59	8,91	8º
Insuficiencia Cardíaca	3.233	1,64	7,19	9º				
Enfermedad Cardíaca Hipertensiva	3.184	1,62	7,08	10º				

*Muertes por cada 100.000 habitantes, calculadas con base a la población estimada del DANE para el año 2009.

En el departamento de Risaralda, las cifras son similares, ocupando el infarto agudo de miocardio el primer lugar en las causas de muertes con 737 defunciones (de un total de 5.166 para 2009, 14,27%) (Cuadro 1). Sin embargo la tasa de mortalidad por dicha causa es mucho mayor en Risaralda (80,14 muertes/100.000 hab.), que a nivel nacional (54,64 muertes/100.000 hab.) (Cuadro 1).

Por estas razones, deben llevarse a cabo frecuentemente estudios epidemiológicos, diagnósticos, preventivos, de intervención, que permitan abordar el problema y reducir su impacto en la población, mas aun en poblaciones donde no hay datos previamente publicados al respecto como es el caso de Santa Rosa de Cabal, Risaralda, Colombia. En ese contexto, el presente trabajo inicial, busca caracterizar epidemiológicamente la enfermedad hipertensiva en la población de pacientes atendidos en consulta de hipertensión arterial (HTA) de la Empresa Social del Estado (ESE) Hospital San Vicente de Paúl, de Santa Rosa de Cabal, Risaralda, Colombia (Figura 1), evaluados en el período 2005-2012.

Figura 1. Ubicación relativa del departamento de Risaralda, Colombia y dentro de éste el municipio de Santa Rosa de Cabal, donde se encuentra la ESE Hospital San Vicente de Paúl, lugar del estudio.



Materiales y métodos

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de tipo retrospectivo, tomando como fuente de información los registros médicos de los pacientes atendidos en la consulta de HTA de la ESE Hospital San Vicente de Paúl (HSVP) de Santa Rosa de Cabal, en el período comprendido entre el 20 de diciembre de 2005 a 29 de junio de 2012.

El Hospital (HSVP) se encuentra ubicado en el casco urbano de Santa Rosa de Cabal, ciudad y municipio del sureste del departamento de Risaralda, que cuenta con una superficie de 564 km², localizado en la zona andina colombiana, específicamente la región cafetera, tiene un clima templado de montaña, con una temperatura promedio de 19°C, limita al norte con el departamento de Caldas, al este con Tolima, al sur con el municipio Pereira y al oeste con los municipios Dosquebradas y Marsella de Risaralda. Las zonas urbanas de Santa Rosa de Cabal, conjuntamente con Pereira, Dosquebradas y La Virginia, constituyen la llamada área metropolitana centro-occidental (AMCO). El HSVP es una entidad habilitada para realizar actividades de primer nivel de atención y segundo nivel ambulatorio (contando con 8 consultorios de medicina general y 1 de medicina especializada, todos con 12 horas disponibles al día).

De acuerdo a datos del DANE, para el año 2012 se estima la población de Santa Rosa de Cabal en 71.603 habitantes (49,96% del sexo masculino y 50,04% del femenino), de los cuales 46.589 son de 20 años y más (49,19% del sexo masculino y 50,81% del femenino). Entre los años 2005 y 2012 el crecimiento poblacional no ha sido mayor 0,36% interanual (pasando de 69.960 habitantes en 2005 a 71.603 en 2012). De la población de usuarios que atiende el hospital, 24% son de la zona rural.

El muestreo, por conveniencia, realizado en el período de estudio definido, incluyó a 6.030 pacientes.

Los pacientes de la consulta de HTA son incluidos en la misma a partir del hallazgo casual de cifras de presión arterial elevadas (presión arterial sistólica [PAS] ³120 mmHg ó presión arterial diastólica [PAD] ³80 mmHg) detectadas casualmente durante cualquier evaluación en el HSVP, a partir de lo cual son referidos a la consulta de HTA para confirmación diagnóstica, evaluación integral, tratamiento y seguimiento. Para el presente estudio se evaluaron las variables edad, sexo, PAS, PAD, frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria, peso, talla e índice de masa corporal.

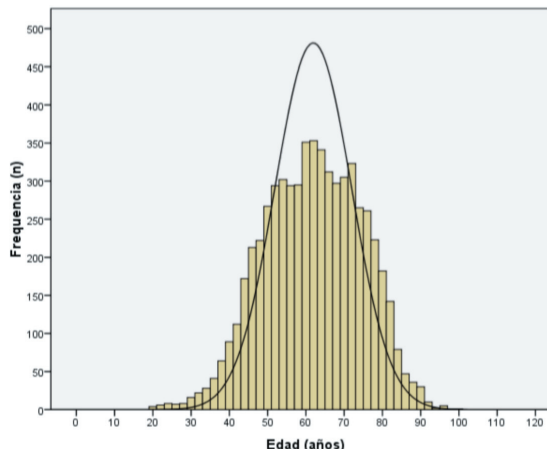
Solo se incluyeron sujetos de 20 años y más, de ambos sexos. La presión arterial fue clasificada de acuerdo a los criterios del Séptimo Comité de HTA (*Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure, JNC 7*) (3). El índice de masa corporal (IMC) fue clasificado de acuerdo a los criterios de la Organización Mundial de la Salud (4).

Los datos fueron tabulados en una base de datos en Excel 2007[®] para Windows Vista[®] y procesados estadísticamente con el programa SPSS v.17.0 (IBM, Chicago, EUA). Los datos cuantitativos fueron resumidos como medias y desviaciones estándar, previa verificación de la distribución normal de la variable con la prueba de Kolmogorov-Smirnov; y los datos cualitativos fueron resumidos como proporciones. En algunos casos se aplicaron pruebas de significancia estadística para datos cualitativos, como el χ^2 y la prueba exacta de Fisher y para datos cuantitativos como la prueba *t* de Student y ANOVA para comparación de medias independientes (de dos y de tres o más grupos, respectivamente). En algunas asociaciones o factores se calcularon los *odds ratio* (OR) con sus correspondientes intervalos de confianza de 95% (IC95%). El nivel de confianza empleado fue 95%, *p* significativa <0,05.

Resultados

Del total de pacientes (n=6030), 70,8% (4271) correspondieron con el sexo femenino y 29,2% (1759) con el masculino. La edad promedio de los pacientes fue de 61,39 años ($\pm 12,73$) (rango de 20 a 100 años), correspondiendo al grupo de 20 a 39 años 4,1% (246), al de 40 a 59 años 39,6% (2388), al de 60 a 79 años 49,0% (2957) y al de 80 años y más 7,3% (439) (Figura 2).

Figura 2. Distribución por edad (años) de los pacientes estudiados, ESE Hospital San Vicente de Paúl, Santa Rosa de Cabal, Risaralda, Colombia, 2005-2012.



La edad promedio en el grupo del sexo masculino fue de 63,66 años ($\pm 12,49$) en tanto en el grupo del sexo femenino fue de 60,46 años ($\pm 12,71$) ($t=8,921$; $p<0,001$).

Del total de pacientes evaluados, en el período 1 de enero de 2006 al 31 de diciembre de 2011, se atendieron en promedio 968 pacientes por año (± 236).

En el cuadro 2 se presenta el resumen de las variables frecuencia cardíaca, frecuencia respiratoria e índice de masa corporal (IMC). En relación a la clasificación del IMC (Cuadro 3), se encontró que solo 34,4% de los pacientes

tienen un IMC normal (18,5-24,999 kg/m²), correspondiendo 62,5% a sobrepeso y obesidad (IMC≥25 kg/m²) (Cuadro 3), siendo significativamente mayor la frecuencia de sobrepeso y obesidad en el sexo femenino (64,7%) que en el sexo masculino (57,4%) ($\chi^2=28,765$; $p<0,001$; OR=1,363; IC95% 1,217-1,527).

Cuadro 2. Resumen de las variables índice de masa corporal, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria de los pacientes evaluados, ESE Hospital San Vicente de Paúl, Santa Rosa de Cabal, Risaralda, Colombia, 2005-2012.

Variables	n	Promedio	DE	Mínimo	Máximo
Índice de Masa Corporal (kg/m ²)	6030	27,36	8,480	10	97
Frecuencia cardíaca (latidos/min)	6030	72,17	5,496	36	140
Frecuencia respiratoria (respiraciones/min)	6030	15,95	2,007	13	28

DE=Desviación estándar.

Cuadro 3. Clasificación del IMC de los sujetos evaluados, total y de acuerdo al sexo, ESE Hospital San Vicente de Paúl, Santa Rosa de Cabal, Risaralda, Colombia, 2005-2012.

Clasificación del IMC		Sexo*		Total
		Masculino	Femenino	
Infrapeso (<18,5 kg/m ²)	n	50	134	184
	%	2,8%	3,1%	3,1%
Normal (18,5-24,999 kg/m ²)	n	700	1373	2073
	%	39,8%	32,1%	34,4%
Sobrepeso (25-29,999 kg/m ²)	n	695	1622	2317
	%	39,5%	38,0%	38,4%
Obesidad grado 1 (30-34,999 kg/m ²)	n	203	770	973
	%	11,5%	18,0%	16,1%
Obesidad grado 2 (35-39,999 kg/m ²)	n	29	198	227
	%	1,6%	4,6%	3,8%
Obesidad grado 3 (>/=40 kg/m ²)	n	82	174	256
	%	4,7%	4,1%	4,2%
Total	n	1759	4271	6030
	%	100,0%	100,0%	100,0%

IMC=Índice de masa corporal. * $\chi^2=85,366$; $p<0,001$.

El IMC en rango de sobrepeso y obesidad se diferenció significativamente por grupos de edad. Se encontró que en los sujetos de 20 a 59 años (n=2634) 74,7% de ellos tenían sobrepeso y obesidad (IMC≥25 kg/m²), en tanto que en los de 60 años y más (n=3396) 53,2% tenían sobrepeso y obesidad (IMC≥25 kg/m²) ($\chi^2=292,713$; $p<0,001$; OR=2,597; IC 95% 2,326-2,899).

Al evaluar la presión arterial se encontró, que del total de pacientes, solo 4,5% (IC95% 3,932-4,990) presentaban valores normales tanto de PAS como de PAD y 95,5% (IC95% 95,010-96,068) presentaban valores de PAS y/o PAD en rango de prehipertensión o hipertensión arterial (≥120 mmHg ó ≥80 mmHg, de PAS y PAD respectivamente) (Cuadro 4).

Cuadro 4. Clasificación de la presión arterial sistólica y diastólica de acuerdo al JNC 7 en los pacientes evaluados, ESE Hospital San Vicente de Paúl, Santa Rosa de Cabal, Risaralda, Colombia, 2005-2012.

		PAD clasificada de acuerdo al JNC 7				Total	
		Normal	PreHTA	HTA e1	HTA e2		
PAS clasificada de acuerdo al JNC 7	Normal	n	269	59	0	0	328
		%	4,5%	1,0%	0,0%	0,0%	5,4%
	PreHTA	n	535	1546	117	6	2204
		%	8,9%	25,6%	1,9%	0,1%	36,6%
	HTA e1	n	112	1010	1171	364	2657
		%	1,9%	16,7%	19,4%	6,0%	44,1%
	HTA e2	n	0	40	282	519	841
		%	0,0%	0,7%	4,7%	8,6%	13,9%
Total	n	916	2655	1570	889	6030	
	%	15,2%	44,0%	26,0%	14,7%	100,0%	

PAS=Presión arterial sistólica; PAD=Presión arterial diastólica; JNC 7=Séptimo comité de HTA;

PreHTA=Prehipertensión arterial (PAS=120-139 ó PAD=80-89);

HTA e1=Hipertensión arterial estadio 1 (PAS=140-159 ó PAD=90-99);

HTA e2=Hipertensión arterial estadio 2 (PAS≥160 ó PAD≥100).

En los pacientes del sexo masculino, solo 4,7% (IC95% 3,648-5,675) presentaban valores normales tanto de PAS como de PAD y 95,3% (IC95% 94,325-96,352) presentaban valores de PAS y/o PAD en rango de prehipertensión o hipertensión arterial (Cuadro 5).

Cuadro 5. Clasificación de la presión arterial sistólica y diastólica de acuerdo al JNC 7 en los pacientes evaluados del sexo masculino, ESE Hospital San Vicente de Paúl, Santa Rosa de Cabal, Risaralda, Colombia, 2005-2012.

		PAD clasificada de acuerdo al JNC 7				Total	
		Normal	PreHTA	HTA e1	HTA e2		
PAS clasificada de acuerdo al JNC 7	Normal	n	82	21	0	0	103
		%	4,7%	1,2%	0,0%	0,0%	5,9%
	PreHTA	n	133	406	43	1	583
		%	7,6%	23,1%	2,4%	0,1%	33,1%
	HTA e1	n	28	298	334	112	772
		%	1,6%	16,9%	19,0%	6,4%	43,9%
	HTA e2	n	0	5	93	203	301
		%	0,0%	0,3%	5,3%	11,5%	17,1%
	Total	n	243	730	470	316	1759
		%	13,8%	41,5%	26,7%	18,0%	100,0%

PAS=Presión arterial sistólica; PAD=Presión arterial diastólica; JNC 7=Séptimo comité de HTA;
 PreHTA=Prehipertensión arterial (PAS=120-139 ó PAD=80-89);
 HTA e1=Hipertensión arterial estadio 1 (PAS=140-159 ó PAD=90-99);
 HTA e2=Hipertensión arterial estadio 2 (PAS≥160 ó PAD≥100).

Cuadro 6. Clasificación de la presión arterial sistólica y diastólica de acuerdo al JNC 7 en los pacientes evaluados del sexo femenino, ESE Hospital San Vicente de Paúl, Santa Rosa de Cabal, Risaralda, Colombia, 2005-2012.

		PAD clasificada de acuerdo al JNC 7				Total	
		Normal	PreHTA	HTA e1	HTA e2		
PAS clasificada de acuerdo al JNC 7	Normal	n	187	38	0	0	225
		%	4,4%	0,9%	0,0%	0,0%	5,3%
	PreHTA	n	402	1140	74	5	1621
		%	9,4%	26,7%	1,7%	0,1%	38,0%
	HTA e1	n	84	712	837	252	1885
		%	2,0%	16,7%	19,6%	5,9%	44,1%
	HTA e2	n	0	35	189	316	540
		%	0,0%	0,8%	4,4%	7,4%	12,6%
	Total	n	673	1925	1100	573	4271
		%	15,8%	45,1%	25,8%	13,4%	100,0%

PAS=Presión arterial sistólica; PAD=Presión arterial diastólica; JNC 7=Séptimo comité de HTA;
 PreHTA=Prehipertensión arterial (PAS=120-139 ó PAD=80-89);
 HTA e1=Hipertensión arterial estadio 1 (PAS=140-159 ó PAD=90-99);
 HTA e2=Hipertensión arterial estadio 2 (PAS≥160 ó PAD≥100).

En las pacientes del sexo femenino, solo 4,4% (IC95% 3,753-5,004) presentaban valores normales tanto de PAS como de PAD y 95,6% (IC95% 94,996-96,427) presentaban valores de PAS y/o PAD en rango de prehipertensión o hipertensión arterial (Cuadro 6). Como se aprecia por los IC95% la diferencia por sexos en la proporción de cada grupo en rango de prehipertensión o hipertensión arterial no es significativa.

Al evaluar la prehipertensión o hipertensión arterial por grupos de edad (y sexo) se observa que los de mayor edad tuvieron menor frecuencia de prehipertensión o hipertensión arterial que los de menor edad (Figura 3), particularmente para el caso de la

presión arterial diastólica donde incluso hay una diferencia significativa en la frecuencia de prehipertensión o hipertensión en los sujetos de 20 a 59 años (89,4%) en comparación con los de 60 años y más (81,2%) ($\chi^2=80,455$; $p<0,001$; $OR=1,961$; $IC\ 95\% 1,686-2,278$).

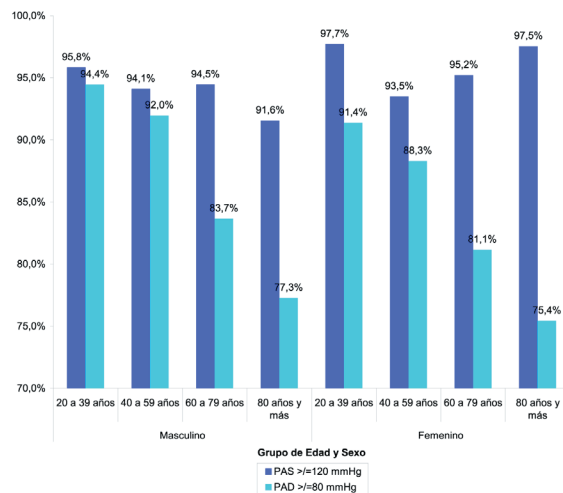


Figura 3. Frecuencia relativa de pacientes con valores de PAS y PAD en rango de prehipertensión o hipertensión arterial de acuerdo a grupos de edad y sexo, ESE Hospital San Vicente de Paul, Santa Rosa de Cabal, Risaralda, Colombia, 2005-2012.

Discusión

El presente estudio describe por primera vez (dado que no hay publicaciones previas al respecto en las bases de datos Medline, SciELO, Scopus ni Google Académico) para la población de Santa Rosa de Cabal, Risaralda, Colombia, atendida en la principal entidad de salud de dicho municipio (HSVP), el perfil de pacientes de la consulta de hipertensión arterial (HTA), encontrando que la detección casual allí ha sido relevante y apropiada, al lograr captar pacientes que luego, en más de 94% son confirmados con diagnóstico de prehipertensión o hipertensión arterial.

Como es sabido el detectar sujetos con prehipertensión arterial (PAS=120-139 mmHg ó PAD=80-89 mmHg), en este estudio casi 36% de ellos, es un gran avance en la prevención de la hipertensión arterial (PAS \geq 140 mmHg ó PAD \geq 90 mmHg), ya que tomando las medidas apropiadas se puede evitar la progresión del paciente hacia la enfermedad hipertensiva y sus consecuencias (3).

En el presente reporte no se evalúan los aspectos terapéuticos o intervenciones hechas en los pacientes de la consulta, lo cual será evaluado y descrito en detalle en futuras investigaciones, pero en general la conducta seguida con los pacientes atendidos en la consulta de HTA del HSVP de Santa Rosa de Cabal es la de recomendar no fumar, hacer ejercicio, manejo del estrés, reducir la ingesta de grasas, control de peso, moderar ingesta de sodio, aumento ingesta de potasio, no consumo de alcohol, así como la indicación de drogas antihipertensivas.

La frecuencia de prehipertensión encontrada en el presente estudio concuerda con la reportada en otros trabajos de Risaralda. En uno de ellos, hecho en el Hospital Universitario San Jorge (hospital de tercer nivel), de Pereira, que contó con una muestra de 156 pacientes atendidos durante 6 semanas del año 2010, se encontraron 53 de ellos (34%) con prehipertensión arterial (5). En otro estudio del departamento en un hospital de segundo nivel, no identificado en el reporte, se encontró que en una muestra de 133 pacientes, 40,6% fueron encontrados con prehipertensión sistólica y 42,1% con prehipertensión diastólica (6). Lamentablemente hay escasos estudios publicados en Risaralda para hacer otras comparaciones y muchos de ellos no fueron metodológicamente bien desarrollados (7). Por estas se podría decir también que el presente trabajo es importante al aportar información de pacientes hipertensos del departamento de Risaralda. Sin embargo debe mencionarse que a pesar de no existir estudios básicos sobre la epidemiología de la enfermedad en el departamento, se han hecho otro tipo de estudios sobre diferentes aspectos relacionados a la HTA (8,9).

Otro punto de interés a mencionar, es que la población de Santa Rosa de Cabal es fundamentalmente rural y suburbana (24% de los consultantes proceden de zona rural), las cuales son condiciones muy diferentes a las del contexto urbano, donde se han desarrollado la mayoría de investigaciones de enfermedades y factores de riesgo cardiovascular en Colombia (2,10-12). Al revisar las bases de datos (Medline, SciELO, Scopus ni Google Académico) no se encontraron estudios similares de hipertensión arterial en el medio rural o suburbano. En Santa Rosa de Cabal existen condiciones culturales y nutricionales que pueden diferir de lugares como Pereira u otras ciudades intermedias de Colombia.

En el departamento de Risaralda, en el 2007, el 14,9% de la población entre los 18 y 69 años de edad refirió haber tenido alguna vez el diagnóstico médico de hipertensión arterial (11,5% promedio nacional). El 11,1% de la población de este mismo grupo de edad refirió haber sido diagnosticada como hipertensa en dos o más consultas (8,8% promedio nacional), lo que evidencia la alta prevalencia de hipertensión arterial (HTA) y, por consiguiente, alto riesgo de desarrollar enfermedades cerebrovasculares (6,13).

En relación con el predominio del sexo femenino en el presente estudio (casi 71%) es de hacer notar que la demanda de servicios en el HSVP es en forma similar mayoritariamente de dicho género (64% de las consultas en el año 2011 fueron por mujeres).

De igual forma la demanda de servicios en el HSVP puede ayudar a entender un posible patrón de consulta más temprana por parte de la población de 60 años y más, los cuales, a pesar de tener menor magnitud poblacional (9.157 personas para el año 2011) que aquellas de 20 a 59 años (36.936 personas para el año 2011), consultan mucho más en proporción (5,35 consultas por persona) que aquellas más jóvenes (3,39 consultas por persona), posiblemente permitiendo diagnósticos más tempranos e intervenciones más oportunas

para reducir la carga de la HTA así como el sobrepeso y la obesidad en la población anciana, en comparación con las posibles acciones a tomar en población joven con un menor patrón de demanda de los servicios de la institución que podría explicar, entre otros factores, el encontrarle con mayor frecuencia de prehipertensión e HTA así como de sobrepeso y obesidad.

Finalmente cabe la pena mencionar que en estudios futuros deben evaluarse mejor los factores relacionados a los presentes hallazgos. Para ello, en Risaralda existe la Cooperativa de Entidades de Salud de Risaralda (COODESURIS), la cual agrupa a 15 ESE Hospitales del departamento, con presencia en todos los municipios (15) de Risaralda, la cual a principios del año 2012 creó la Oficina de Investigación Científica de la mencionada cooperativa y está desarrollando y apoyando proyectos de investigación de diferente índole, incluyendo aquellos orientados al estudio de patologías de gran carga epidemiológica en la región, como lo son las enfermedades cardiovasculares, con lo cual en un futuro cercano se desarrollarán otros estudios retrospectivos, cohortes históricas, estudios transversales y prospectivos, sobre este importante problema de salud pública para la región y para el país.

Conflicto de intereses:

Los autores declaramos no tener conflicto de intereses.

Financiamiento

Cooperativa de Entidades de Salud de Risaralda (COODESURIS), Pereira, Risaralda, Colombia.

Trabajo previamente presentado en parte en el XXII Congreso Colombiano de Medicina Interna de la Asociación Colombiana de Medicina Interna (ACMI), realizado del 11 al 14 de Octubre de 2012, Cartagena de Indias, Colombia (Presentación en E-Poster #119-Medicina Interna).

Referencias

- Hernandez-Leiva E. Epidemiology of acute coronary syndrome and heart failure in Latin America. *Rev Esp Cardiol* 2011;64 Suppl 2:34-43.
- Patino-Villada FA, Arango-Velez EF, Quintero-Velasquez MA, Arenas-Sosa MM. Cardiovascular risk factors in an urban Colombia population. *Rev Salud Publica (Bogota)* 2011;13:433-445.
- Chobanian AV, Bakris GL, Black HR, Cushman WC, Green LA, Izzo JL, Jr., et al. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension* 2003;42:1206-1252.
- WHO. Obesity: preventing and managing the global epidemic. Report of a WHO consultation: World Health Organ Tech Rep Ser 2000;894:i-253.
- Pacheco Gallego MC, Montoya Cataño J, Muñoz Bolaños AB. Riesgo cardiovascular en pacientes prehipertensos en un hospital de tercer nivel. *Revista Médica de Risaralda* 2011;17:5-12.
- Martínez JW, Villa JA, Quintero AM, Jaramillo J, Calderón V, Copete AV. Frecuencia de factores de riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos en un hospital de segundo nivel. *Rev Fac Nac Salud Pública* 2011;29:139-144.
- Ochoa-Orozco SA, Echeverri-Cataño LF, Betancur-Pulgarín C. Sobre los factores de riesgo y su cuantificación en enfermedad cardiovascular. *Revista Médica de Risaralda* 2012;18(1):100-101.
- Martínez JW, Villa Perea JA, Jaramillo J, Quintero Betancur AM, Calderón V. Validación del cuestionario de adherencia al tratamiento anti hipertensivo Martín Bayarré Grau. *Revista Médica de Risaralda* 2011;17:101-105.
- Montoya-Céspedes JA, Arango Pérez C, Gaviria-Mendoza A, Mejía-Vélez CA, Carvajal-Guevara JD, Hurtado-Zapata JS, Martínez JW, Muñoz IC, Rodríguez Morales AJ. Interacciones Potenciales de Fármacos Antihipertensivos en Un Año de Estudio de Pacientes con Hipertensión Arterial Atendidos en Hospitales de 11 Municipios del Departamento de Risaralda, Colombia. *Gaceta Médica de Caracas* 2013;121(1) (en prensa).
- Ortega-Bolanos J. Producing know-how and making recommendations for promoting high blood pressure management in Colombia, 1998-2005. *Rev Salud Publica (Bogota)* 2008;10:322-331.
- Rivera Alvarez LN. Self-care agency ability in people suffering from high blood pressure hospitalised in Bogota, Colombia. *Rev Salud Publica (Bogota)* 2006;8:235-247.
- Uscategui Penuela RM, Perez Giraldo JA, Aristizabal Rivera JC, Camacho Perez JA. Excess of weight and their relationship with high blood pressure in schoolchildren and adolescents of Medellin, Colombia. *Arch Latinoam Nutr* 2003;53:376-382.
- Rodríguez J, Ruiz F, Peñalosa E, Eslava J, Gómez L, Sánchez J. Encuesta Nacional de Salud 2007. Departamento Risaralda. Bogotá, Javegraf, 2009.