

# Vârsta și pacienții hipertensivi

## *Age and hypertensive patients*

Prof. Univ. Dr. AFILON JOMPAN, Șef Lucr. Drd. MONICA HORGE, Dr. ADA GRUESCU,  
Masterand UVVG DR. DANIELA COCOȘ

Universitatea de Vest „Vasile Goldiș”, Arad

### REZUMAT

*Vârsta a III-a reprezintă un factor de risc asociat nemodificabil, cu implicații în evoluția bolii hipertensive, cu risc cardiovascular crescut și prin asocierea altor factori de risc.*

*Prevalența pacienților hipertensivi, ce crește la vârstnici cu fiecare grupă de vârstă, implică din partea medicului de familie monitorizarea acestor pacienți, cu evaluarea riscului individual și un tratament adecvat fiecărui caz.*

**Cuvinte cheie:** vârstă, pacient hipertensiv, prevalență, risc cardiovascular

### ABSTRACT

*The third age is an unmodifiable risk factor associated with hypertensive disease implications in evolution, with increased cardiovascular risk and the association of other risk factors.*

*Prevalence of hypertensive patients at the elder people increases with each age group, involving the family doctor in monitoring patients with individual risk evaluation and appropriate treatment for each case.*

**Key words:** age, hypertensive patient, prevalence, cardiovascular risk

### MOTIVAȚIA LUCRĂRII

Vârsta reprezintă un factor de risc important în debutul și evoluția bolilor cronice în general și a bolii hipertensive în special.

Vârsta este un factor risc nemodificabil, dar ușor cuantificabil cu ajutorul eurocartei de risc.

Hipertensiunea arterială (HTA) în asistența medicală primară reprezintă:

- afecțiunea cu cea mai mare pondere în rândul consultațiilor într-un cabinet de M.F.
- este relativ ușor de depistat, diagnosticat și evaluat ambulator.

- managementul pacientului hipertensiv vârstnic poate fi coordonat de medicul de familie, iar pentru formele severe și complicate, în colaborare cu specialistul cardiolog
- medicația modernă, pe grupe de anti-hipertensive, poate fi prescrisă compensat persoanelor asigurate
- managementul factorilor de risc necesită a fi evaluat, ierarhizat și apoi stabilite măsurile de combatere sau de reducere a riscului
- hipertensiunea are arareori debut la persoane de vârsta a III-a, constituind o

Adresă de corespondență:

Prof. Univ. Dr. Afilon Jompan, Universitatea de Vest „Vasile Goldiș”, B-dul Revoluției Nr. 94, Arad

evoluție a bolii la aceste vârste de cele mai multe ori, cu asocierea și altor factori de risc cardiovasculari.

### METODOLOGIA LUCRĂRII

Lucrarea a fost efectuată într-un cabinet de M.F., iar lotul a fost selectat din întreaga populație adultă de peste 20 de ani.

Au fost investigate foile de consultație și registrele de boli cronice, având la bază și examenul de bilanț anual, precum și din Programul de Evaluare a stării de sănătate a populației României din 2008.

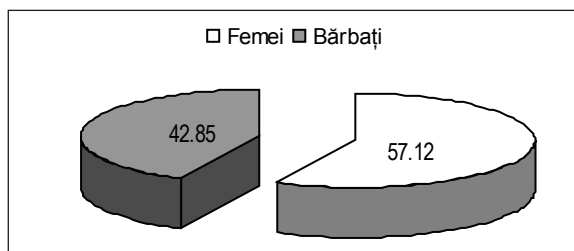
Cercetarea a folosit examenele de laborator, efectuate la examenul de bilanț anual sau din evidența screening-ului din anul 2008. S-a analizat valoarea glicemiei, colesterolului total, HDL-colesterolului, trigliceridelor serice și s-a calculat indicele de aterogenitate (Col.-T/HDL-col  $\geq 5$ ), stabilindu-se și prevalența pentru grupele de vârstă a III-a.

La toate persoanele s-a calculat indicele de masă corporală:

$$IMC = G \text{ (în kg)} / I^2 \text{ (în m}^2\text{)}$$

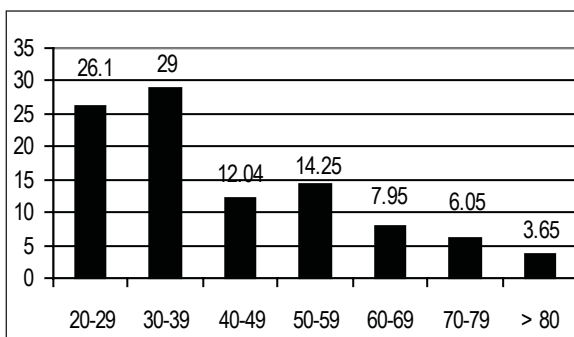
Lotul persoanelor de 20 ani și peste a fost compus din 1.636 de persoane, din care 701 bărbați și 935 de femei, repartizați și pe grupe de vârstă.

### REZULTATELE STUDIULUI

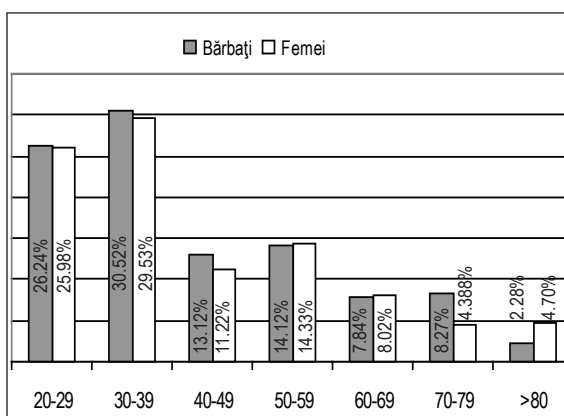


GRAFICUL 1. Distribuția lotului pe sexe

Distribuția lotului pe sexe ne relevă o predominanță a populației feminine.

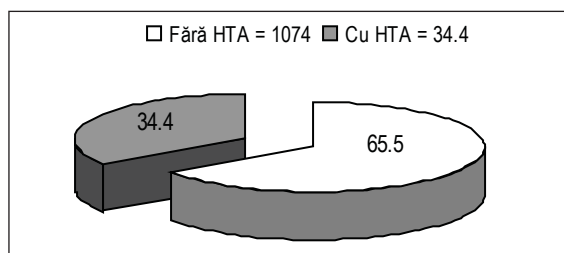


GRAFICUL 2. Distribuția lotului pe grupe de vârstă



GRAFICUL 3. Prevalența populației pe grupe de vârstă și sex

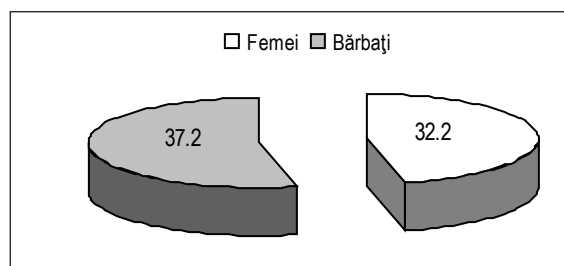
Populația de peste 60 ani însumează 17,66% din total.



GRAFICUL 4. Prevalența pacienților hipertensivi

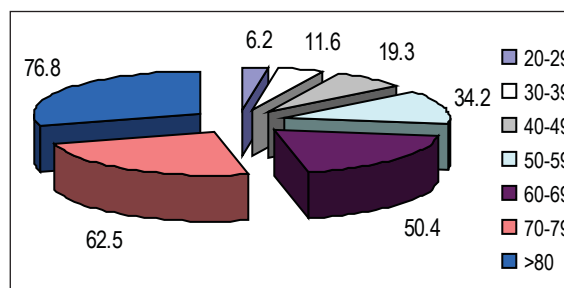
Prevalența populației pe grupe de vârstă și sex ne relevă prevalențe apropiate.

Mai mult de o persoană din trei este hipertensivă la lotul ales.



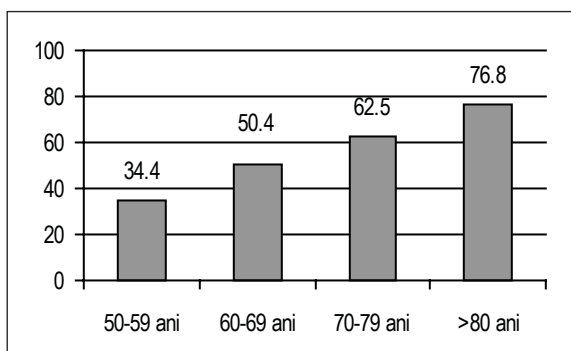
GRAFICUL 5. Prevalența HTA pe sexe

Remarcăm o prevalență semnificativ mai crescută la populația bărbătească.



GRAFICUL 6. Prevalența HTA pe grupe de vârstă

Prevalența HTA crește cu fiecare grupă de vârstă, atingând prevalența maximă la vârstnicii peste 80 de ani (76,8%).



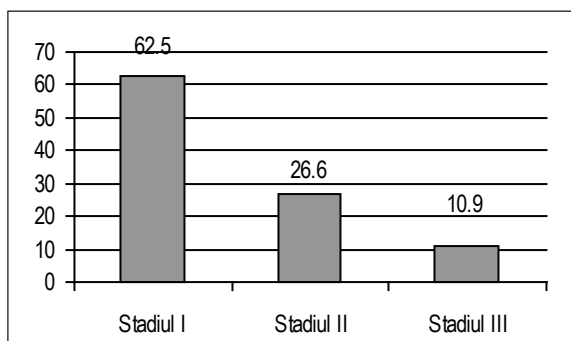
**GRAFICUL 7.** Prevalența pe grupe de vârstă la populația de peste 50 ani

La vârste de tranziție, prevalența hipertensiunii arteriale atinge media lotului 32,2 (o persoană din trei 3).

La grupa 60-69 ani, una din două persoane sunt hipertensive.

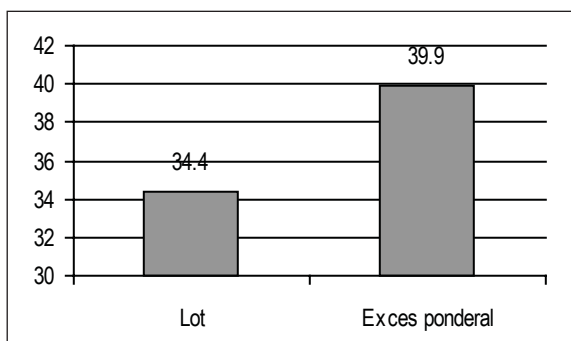
La grupa 70-79 ani, aproape două persoane din trei sunt hipertensive.

La cei peste 80 ani, mai mult de trei din patru persoane sunt hipertensive.



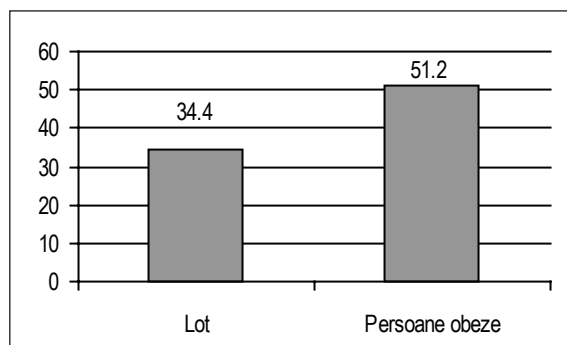
**GRAFICUL 8.** Prevalența HTA pe stadii de evoluție

La nivelul întregului lot predomină stadiul I de evoluție.



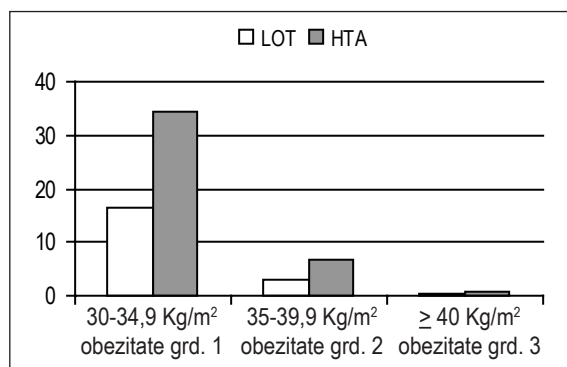
**GRAFICUL 9.** Prevalența HTA raportat la loc și la persoanele cu exces ponderal

Remarcăm o creștere a prevalenței a HTA raportată la lot și la persoanele cu exces ponderal.



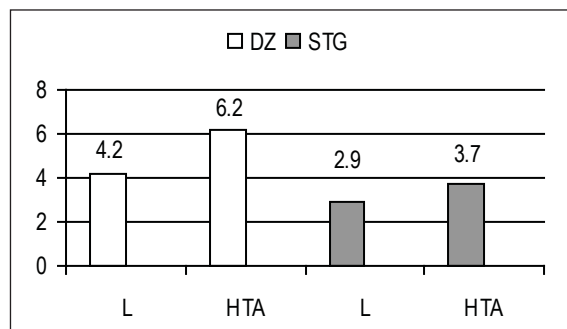
**GRAFICUL 10.** Prevalența HTA la persoanele obeze IMC = ≥ 30 Kg/m<sup>2</sup>

La persoanele obeze, creșterea prevalenței este semnificativ mai mare (51,2%).

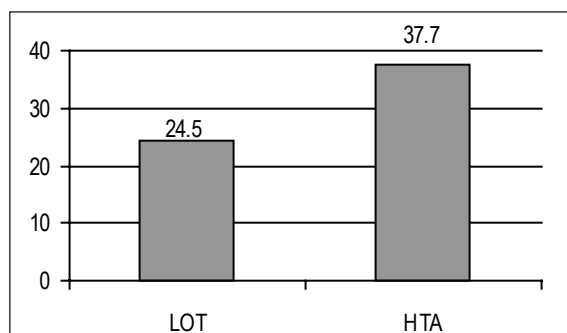


**GRAFICUL 11.** Prevalența obezității la întregul lot, comparativ cu populația hipertensivă

Se remarcă prevalență semnificativ mai crescută, cu valori chiar duble și triple la hipertensivii pentru grd. 2 și 3 de obezitate.

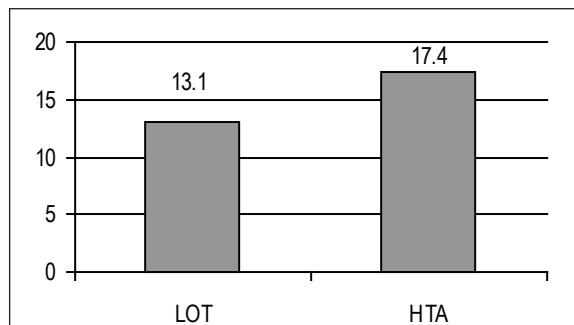


**GRAFICUL 12.** Prevalența metabolismului glucidic la populația lotului și la hipertensivi



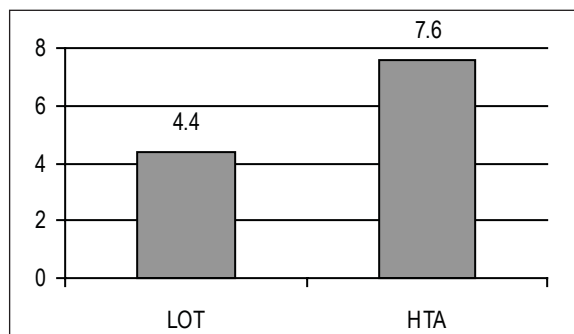
**GRAFICUL 13.** Prevalența hipercolesterolemiei totale la populația lotului și la hipertensivi

Hipercolesterolemia totală multiplică riscul cardiovascular la persoanele cu hipertensiune arterială.



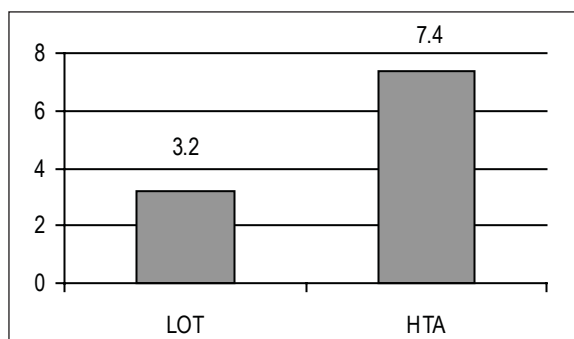
**GRAFICUL 14.** Prevalența hipertrigliceridemiei la populația lotului și la hipertensivi

Și hipertrigliceridemia atinge prevalențe crescute la hipertensivi.



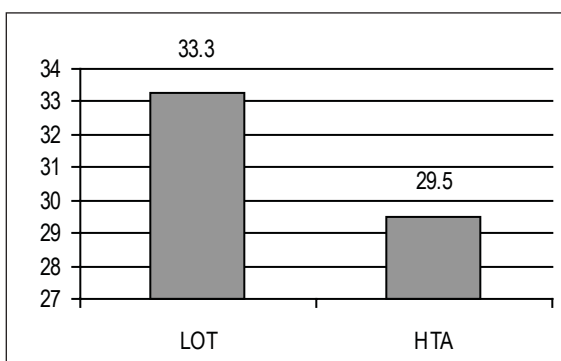
**GRAFICUL 15.** Prevalența dislipidemiei prin scăderea HDL-colesterol la populația lotului și la hipertensivi

Remarcăm prevalențe net crescute la hipertensivi, factor de risc în apariția HTA și în evoluția ei ulterioară.



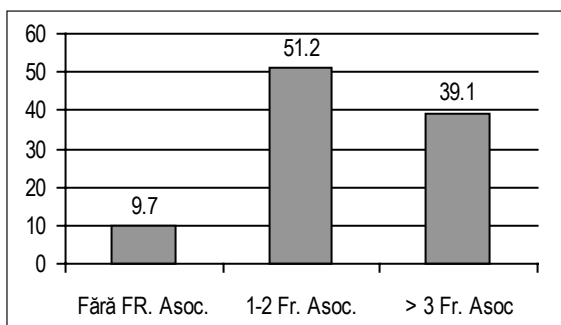
**GRAFICUL 16.** Prevalența indicelui de aterogenitate (colesterol total/HDL-colesterol  $\geq 5$ ) la lot și la hipertensivi

Indicele de aterogenitate înregistrează valori mai mari decât duble la hipertensivi.



**GRAFICUL 17.** Prevalența fumatului la populația lotului și la hipertensivi

Diferențe mici de prevalență, deși populația hipertensivă, prin consiliere și recomandări medicale, ar trebui să înregistreze prevalențe mult mai reduse, pentru scăderea riscului cardiovascular.



**GRAFICUL 18.** Asocierea factorilor de risc la pacienții hipertensivi

Remarcăm procentul redus al hipertensivilor ce asociază un singur factor de risc (9,7%).

## CONCLUZII

1. HTA înregistrează la populația adultă de peste 20 ani o prevalență de 34,4% (peste 1/3).
2. Distribuția pe sexe înregistrează valori mai crescute la bărbați (37,2%) față de femei (32,2%)
3. Prevalența crește semnificativ cu fiecare grupă de vârstă, ajungând la perioada de tranziție să fie apropiate mediei lotului peste 1/3, la grupe 60-69 ani peste 50%, la grupa 70-79% – 62,5%, iar la grupa  $\geq 80$  ani, de 76,8%.
4. Majoritatea pacienților se încadrează în stadiul I și II de evoluție la lot și gr. II și III de evoluție la populația de peste 60 ani.
5. Hipertensiunea este mai frecvent întâlnită la persoanele cu exces ponderal (prevalența = 39,9%) și prevalențe foarte crescute la obezi.
6. Obezitatea înregistrează la hipertensivi prevalențe crescute, iar grupele II și III de obezitate chiar valori duble și triple.

7. Prevalențele altor factori de risc asociați hipertensiunii înregistrează, de asemenea, valori crescute DZ, STG, H-col total, dislipidemii cu HDL-col. scăzut, hipertrigliceridemie, indice de aterogenitate  $\geq 5$ .

8. Fumatul ca factor de risc evitabil este mai scăzut ca prevalență la hipertensivi, deși valorile ar trebui să fie mult mai mici.

9. Distribuția hipertensivilor în funcție de lipsa sau numărul factorilor de risc ne ajută în ierarhizarea priorităților și a managementului medicamentos și preventiv în combaterea riscului cardiovascular major.

10. Asocierea la persoanele de peste 50 ani a HTA crește mult acest risc, iar asocierea și altor factori de risc crește exponențial riscul, necesitând măsuri de combatere complexe.

## MANAGEMENTUL PACIENTULUI HIPERTENSIV ÎN PRACTICA ASISTENȚEI MEDICALE PRIMARE

### A. Măsuri non-farmacologice

- stil de viață sanogen
- activitate profesională adecvată pregătirii
- renunțarea la fumat
- reducerea consumului de alcool sub 2 ui A/zi

- evitarea abuzului de cafea, ceai, condimente
- alimentație adecvată la IMC, cu reducerea aportului caloric în caz de exces ponderal sau obezitate
- reducerea cantității de sare
- reducerea aportului de grăsimi animale saturate și a alimentelor bogate în colesterol
- reducerea zaharurilor rafinate și produselor de patiserie, cofetărie
- activități fizice cel puțin 30 min./zilnic

### B. Măsuri farmacologice

- trat. HTA individualizat pentru fiecare pacient (una din cele 6 clase de medicamente hipertensive, diuretice, betablocante, blocante ale canalelor de Ca, sartani), asocierea de 2-3 medicamente hipotensive pentru evitarea efectelor secundare
- tratamentul FR asociații
- dislipidemii (statine, fibrați, acid nicotinic etc.)
- DZ tip 2 cu ADO și regim adecvat
- hiperuricemie cu uricozurie
- tratamentul adecvat al unor afecțiuni cunoscute

## BIBLIOGRAFIE

1. Braunwald E. – Heart Disease – tratat de boli cardiovasculare, Vol. II, Ediția a 5-a, M.A.S.T.
2. Brunzell J.D., Ayyobi A.F. – Dyslipidemia in the metabolic syndrome and type 2 diabetes mellitus. *Am J Med* 2003 Dec 8;115 Suppl 8A:24S-28S.
3. Chobanian A.V., Bakris G.L., Black H.R. et al. – Seventh report of the Joint National Committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure. *Hypertension* 2003;42(6):1206-52.
4. Hâncu N.D. – Diabetul zaharat, nutriția și bolile metabolice, Manual Universitar, „Vasile Goldiș” University Press, Arad, 2001
5. Jomapan A. – Riscograma pacienților hipertensivi. *Revista Practica Medicală*, Vol. I, nr. 3-4/2006, p 143-149
6. Jompan A. și colab. – Traditional nutrition and cardiovascular risk. *Revista Central European Journal of Occupational and Environment Medicine*, Budapesta, nr. 6/2000, p. 161-165
7. Jompan A, Crăsnic L., Dumitrașcu V. – Analizele de laborator în practica asistenței medicale primare, Ed. Eurostampa, Timișoara, 2006
8. Jompan A. – Ghidul pacientului cu risc cardiovascular, ed. Eurostampa, 2000
9. Jompan A., Timar R., Chirița Livia – Pacienții hipertensivi și riscul cardiovascular asociat la nivelul comunitar – *Rev. Medicina Familiei*, Nr. 52/2004 pg. 4-11
10. Jompan A. – Elemente de medicina familiei și ghiduri de practică, ed. II, ed. Helicon Timișoara 1999.
11. Nakamura T., Tokunga K., Shimomura I. et al. – Contribution of visceral fat accumulation to the development of coronary artery disease in non-obese men. *Atherosclerosis* 1994; 107:239-46.
12. Puschita M. – Bolile aparatului cardiovascular, Compendiu, Editura Mirton, Timișoara, 2005
13. Restian A. – Bazele medicinei de familie, volumul III, ed. Medicală, 2003.
14. Șerban V., Timar R., Vlad A. – Diabetul zaharat și hipertensiunea arterială, Ed. Brumar – Timișoara, 2004
15. Steinmetz A., Fenselau S., Schrezenmeir J. – Treatment of dyslipoproteinemia in the metabolic syndrome. *Exp Clin Endocrine Diabetes* 2001;109:5548-59.
16. Timar R., Șerban V., Jompan A. și al. – Sindromul metabolic în *Revista Medicina Familiei* nr. 53, an 12/2005, p. 27-30
17. Timar R., Șerban V., Jompan A., și al. – Sindromul metabolic – *Rev. Medicina Familiei* nr. 53, an 12/2005, pg. 27-30
18. Harrison – *Principii de medicină internă*, Ed. Teora, București, Ediția a XV-a
19. Jompan A. – Manager, Lider și Indici ai stării de sănătate, Ed. Eurostampa, Timișoara, 2011-11-16
20. Matei D. – *Îndreptar practic de medicină de familie*, Ed. a II-a, Ed. Almatea, București, 2009
21. 2003 European Society of Hypertension, European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension, *J. Hypertens* 2003; 21:1011-1053
22. Franklin S.S., Wong N.D. – Cardiovascular risk evaluation an inexact science *J. Hypertens* 2002; 20: 2127-2130