

Hipertensão arterial

Há inquéritos populacionais realizados em algumas cidades do Brasil que apontam elevada prevalência de hipertensão arterial. Utilizando-se critérios de diagnóstico baseados em valores maiores que 139/89 mmHg, as taxas de prevalência na população urbana adulta, em estudos selecionados, variam de 22,3% a 43,9%⁵. Na população analisada no presente estudo, verifica-se que utilizando como ponto de corte valores de 139/89 mmHg ou uso de anti-hipertensivo, 87,8% dos indivíduos apresentam esta alteração. Tanto em relação ao sexo, como em relação aos dois grupos de IMC analisados, não ocorreram diferenças significativas em relação à incidência de HAS – sexo M = 88,1%, sexo F = 87,7% ($p=0,941$); IMC 40-50 kg/m² = 86,3%; IMC ≥ 50 kg/m² = 90,6% ($p=0,324$).

Síndrome metabólica

O sobrepeso e a obesidade estão associados com a resistência insulínica e a síndrome metabólica. Entretanto, a presença da obesidade abdominal está mais relacionada com os fatores de risco metabólicos do que com o Índice de Massa Corpórea (IMC) aumentado. Desse modo, a simples medida da circunferência da cintura é recomendada para identificar o componente do peso corporal da síndrome metabólica⁸, sendo também importante nessa avaliação o ICQ (Índice Cintura-Quadril).

Considerando-se os critérios do NCEP III/ATP para diagnóstico da síndrome metabólica, 73,8% dos obesos mórbidos do grupo avaliado apresentam critérios positivos para este diagnóstico. Tanto em relação ao sexo, como em relação aos dois grupos de IMC analisados, não ocorreram diferenças significativas em relação à presença da SM – sexo M = 69,7%, sexo F = 74,6% ($p=0,560$); IMC ≥ 40 a <50 kg/m² = 69,7%; IMC ≥ 50 kg/m² = 81,1% ($p=0,075$).

O gráfico 2 mostra a distribuição das comorbidades em relação ao sexo.

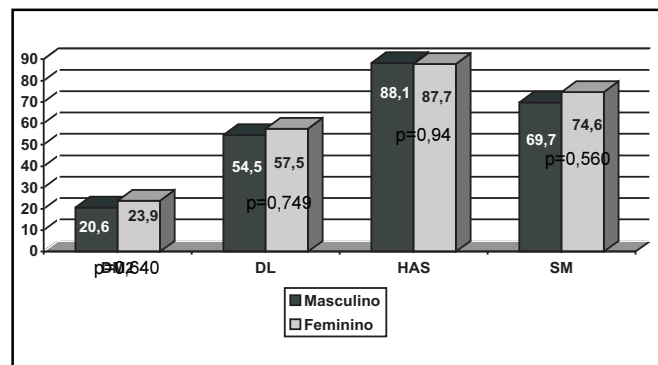


GRÁFICO 2 – Comorbidades em relação ao sexo.

O gráfico 3 mostra a distribuição das comorbidades nos dois grupos de IMC analisados.

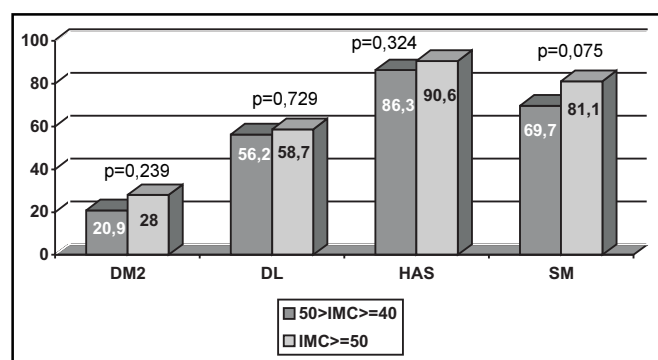


GRÁFICO 3 – Comorbidades em relação aos níveis de IMC

CONCLUSÕES

Com base nos dados obtidos, os autores concluem que a OM é uma patologia grave, que acomete indivíduos em faixa etária reduzida e que congrega uma série de fatores de risco principalmente para o aparelho cardiovascular, predispondo os indivíduos a graves doenças e reduzindo de forma significativa a expectativa e a qualidade de vida. A incidência das comorbidades avaliadas neste estudo parece não variar em relação ao sexo dos indivíduos acometidos, da mesma forma que se mostrou semelhante em indivíduos com IMC entre ≥ 40 a <50 kg/m² e aqueles ditos super-obesos, com IMC ≥ 50 kg/m².

O paciente deve ser incentivado a atingir metas para emagrecimento mais realistas e que possam ser mantidos a longo prazo, lembrando que, ainda que escassa, uma perda de peso de 5 a 10% do peso inicial será efetiva na diminuição das complicações causadas pela obesidade. Quando as modificações alimentares, o aumento da atividade física e as alterações de conduta não forem suficientes, deve-se pensar na terapêutica farmacológica que, indubitavelmente, melhora a aderência ao tratamento¹⁰.

Entretanto, considerando-se a obesidade mórbida, apenas uma extremamente reduzida parcela dos pacientes consegue resultados satisfatórios com as medidas terapêuticas referidas¹¹. Desta forma a cirurgia bariátrica nas suas diversas técnicas, desde que indicadas judiciosamente, após ampla avaliação dos candidatos por uma equipe multidisciplinar têm se mostrado uma opção eficiente, reduzindo a peso dos indivíduos em torno de 20 a 40% do peso pré-operatório. Com isto, observa-se quase que de forma invariável, uma melhora substancial das comorbidades metabólicas¹², com redução da resistência insulínica, melhora da hipertensão arterial, “cura” do diabetes tipo 2^{13,14} e da dislipidemia, além de uma evidente melhora no aspecto psico-social dos indivíduos.

Referências:

- 1- PESQUISA NACIONAL DE SAÚDE E NUTRIÇÃO; 1989.
- 2- WICKELGREN I. Obesity: How Big a problem? *Science* 1998; 280:1364-1367.
- 3- FOLSOMAR; KUSHI LH; ANDERSON KE e col. Association of general and abdominal obesity with multiple health outcomes in older women. *Arch Intern Med* 2000; 160:2117-2128.
- 4- WICKLEGREN I. Do “Apples” Fare Worse than “Pears”? *Science* 1998; 280: 1365.
- 5- Sociedade Brasileira de Hipertensão. Sociedade Brasileira de Cardiologia. Sociedade Brasileira de Nefrologia. IV Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial; 2002.
- 6- Sociedade Brasileira de Diabetes. **Consenso Brasileiro de Diabetes** 2003.
- 7- Sociedade Brasileira de Cardiologia. III Diretrizes Brasileiras de Dislipidemia e Diretriz de prevenção da Aterosclerose do Departamento de Aterosclerose da Sociedade Brasileira de Cardiologia. *Arquivo Brasileiro de Cardiologia* 2002; 77 (supl III): 1-48.
- 8- Executive Summary of Third report of the National Cholesterol Education program (NCEP). Expert Panel on Detection; Evaluation; and treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult treatment panel III). *JAMA* 2001; 285: 2486-2497.
- 9- GUIMARÃES AC; LIMA M; MOTA E; LIMA JC; MARTINEZ T; CONTI FILHO A; PAES JN; BERTOLAMI M; LION MF; MARANHÃO M; DA SILVA OF; BODANEZE LC; DIAS GC; MACEDO V; ALFIUME NETO A. The cholesterol level of a selected salaried population: biological and socioeconomic influences. *CVD Prevention* 1998; 1: 306-17.