

LA IMPORTANCIA DE LA HIPERTENSION ARTERIAL

Prof.: IGNACIO MACIAS CASTRO*

Las enfermedades cardiovasculares constituyen la primera causa de muerte en la mayoría de los países incluyendo el nuestro. Dentro del problema de salud que ellas representan, la hipertensión arterial es una de las afecciones que con mayor frecuencia lleva a padecer de lesiones del corazón y de los vasos. La cardiopatía isquémica es la principal causa de muerte dentro de las enfermedades cardiovasculares y la hipertensión arterial es uno de los más importantes factores de riesgo coronario. Pero no sólo se lesionan las coronarias en el hipertenso, sino que se dañan igualmente las arterias del cerebro y del riñón. La hipertensión arterial produce muertes por: infarto cardíaco, insuficiencia cardíaca, trombosis cerebral, hemorragia cerebral e insuficiencia renal.

La Dirección Nacional de Estadística del Ministerio de Salud Pública nos ofrece los datos de mortalidad en el año 1974 en la forma siguiente:

De un total de 52 871 fallecidos:

Causas	Tasa por 100 000 hab.	% del total
I. Enfermedades del corazón	157,6	27,1
Enfermedad hipertensiva	11,6	2
Enfermedad reumática crónica del corazón	2,8	0,5
Enfermedad isquémica del corazón	125,1	21,5
Otras formas de enfermedad del corazón	18,1	3,1
II. Tumores malignos	99,9	17,2
III. Enfermedades cerebro-vasculares	52,7	9
IV. Influenza y neumonía	46,1	7,9
V. Accidentes	31,8	5,5
VI. Lesiones al nacer, partos distócicos, otras afecciones, anoxia e hipoxia y otras causas de mortalidad perinatal	29,1	5

(Continuación)

Causas	Tasa por 100 000 hab.	% del total
VII. Suicidios y lesiones autoinfligidas	17,4	3
VIII. Anomalías congénitas	12,6	2,2
IX. Bronquitis, enfisema y asma	10,5	1,8
X. Diabetes mellitus	8,7	1,5

La prevalencia de la hipertensión arterial según el estudio de la Organización Mundial de la Salud en el Programa de Hipertensión, ha dado el siguiente resultado en la encuesta inicial realizada en diferentes países:

Lugar	Edad	Prevalencia en %
Barbados	Mayor de 20	22
Finlandia (Karelia del Norte)	Mayor de 20	30
Lyon	Una fábrica 20-64 (80% hombres)	10
Israel	Mayor de 12	13
Italia	20-64	18
Japón (Fukuoka)	Más de 20	21
Nigeria (Ibadan-Epe)	Más de 10	13
Suecia (Göteborg)	45 a 54	10
Turkía (Ankara)	más de 20 (rural)	10
Inglaterra	Todas las edades	6,5
Estados Unidos de América (14 lugares)	30 a 69	14
Moscú	40 a 49 (hombres)	16

(Tomado de WHO/CVD/73,2 (II).

En Cuba, el estudio realizado con los criterios y la metodología que se recomiendan por la OMS en el Programa de Hipertensión (Macías),¹ se han obtenido los siguientes resultados:

Area de salud del policlinico "Carlos J. Finlay". Area urbana de Marianao. Ciudad de La Habana. (Prevalencia 15,5%).

Edad	HOMBRES Encuestados	Hipertensos	%
15 - 19	242	17	7,02
20 - 29	617	22	3,57

Edad	HOMBRES Encuestados	Hipertensos	%
30 - 64	1 668	258	15,47
65 y más	381	95	27,93
Totales	2 908	392	13,48

Edad	MUJERES Encuestados	Hipertensas	%
15 - 19	350	10	2,86
20 - 29	872	25	2,87
30 - 64	2 378	471	19,81
65 y más	443	180	40,63
Totales	4 043	686	16,97

Raza	HOMBRES Encuestados	Hipertensos	%
Blanca	1 945	232	11,93
Negra	567	97	17,11
Mestiza	352	54	15,34
Sin clasificar	44	9	

Raza	MUJERES Encuestadas	Hipertensas	%
Blanca	2 580	348	13,49
Negra	823	212	25,76
Mestiza	584	117	20,03
Sin clasificar	56	9	

Area de salud del policlínico "27 de Noviembre". Area urbana de Marianao. Ciudad de La Habana. (Prevalencia 18,7%).

Edad	HOMBRES Encuestados	Hipertensos	%
15 - 19	59	6	10,1
20 - 29	106	6	5,6
30 - 64	242	37	15,2

Edad	HOMBRES Encuestados	Hipertensos	%
65 y más	126	26	20,6
Sin clasificar	2	0	0
Totales	535	75	14,01

Edad	MUJERES Encuestadas	Hipertensas	%
15 - 19	124	7	5,6
20 - 29	323	18	5,2
30 - 64	831	197	23,7
65 y más	182	75	41,2
Sin clasificar	5	2	
Totales	1 465	299	20,4

Raza	HOMBRES Encuestados	Hipertensos	%
Blanca	361	45	12,4
Negra	92	19	20,6
Mestiza	68	10	14,7
Sin clasificar	14	1	

Raza	MUJERES Encuestadas	Hipertensas	%
Blanca	864	158	18,2
Negra	343	85	24,7
Mestiza	229	50	21,8
Sin clasificar	29	6	

Area de salud del policlinico "José R. León Acosta". Area de salud de la ciudad de Santa Clara (Las Villas). (Prevalencia 18,41%).

Edad	HOMBRES Encuestados	Hipertensos	%
15 - 19	101	5	4,95
20 - 29	275	31	11,27
30 - 64	1 025	188	18,34

Edad	Encuestados	Hipertensos	%
65 y más	338	101	29,88
Total	1 739	325	18,69

Edad	MUJERES Encuestadas	Hipertensas	%
15 - 19	219	2	0,91
20 - 29	508	25	4,92
30 - 64	1 627	326	20,03
65 y más	463	161	34,77
Total	2 817	514	18,25

Raza	HOMBRES Encuestados	Hipertensos	%
Blanca	1 210	204	16,85
Negra	276	65	23,55
Mestiza	240	52	21,66
Amarilla	13	4	30,76

Raza	MUJERES Encuestadas	Hipertensas	%
Blanca	1 991	322	16,17
Negra	345	88	25,50
Mestiza	478	104	21,75
Amarilla	3	0	0

Dueñas- en un estudio realizado en los trabajadores de la industria textilera "Ariguanabo" en 2 365 encuestados, de los cuales el 89% eran del sexo masculino con una edad de 17 a 69 años, encontró una prevalencia de 16,36%. Utilizó el criterio de 160/95.

La mortalidad por hipertensión arterial según los datos de la Dirección Nacional de Estadística del Ministerio, que son obtenidos de los certificados de defunción, son los siguientes:

(Casos clasificados como causa de muerte A-82. Enfermedad hipertensiva)

Año	% del total de muertes
1969	2,9
1970	2,6
1971	2,3
1972	2,5 de 48 827 fallecidos
1974	2 de 52 871 fallecidos

Estas cifras no muestran la realidad. Las verdaderas deben ser muy superiores, puesto que los certificados de defunción por enfermedad cerebrovascular, cardiopatía isquémica e insuficiencia renal no se incluyen en la hipertensión y muchos de esos pacientes murieron de esas afecciones a consecuencia de la hipertensión.

En un trabajo realizado en 1 040 autopsias revisadas (hospital "Dr. Salvador Allende", Castellanos, Payá, Macías),³ se encontró que el 6% de las muertes se debieron a la hipertensión.

Clawson,⁴ en una revisión de 30 265 autopsias, atribuyó a la hipertensión el 8,6% de las muertes: 4 700 de los pacientes murieron por enfermedades cardiovasculares, el 45% eran por cardiopatía hipertensiva.

Se ha podido observar a través de muchos estudios que la hipertensión arterial agrava la aterosclerosis coronaria y empeora su pronóstico. Los estudios realizados en poblaciones, así como la experimentación animal y observaciones anatomopatológicas confirman este hecho.*

Levy y Boas informan hipertensión en el 50% de los hombres y en el 75% de las mujeres que tienen cardiopatía coronaria.^B

Fahr encuentra esclerosis coronaria en el 90% de los hipertensos." Del 60 al 75% de los hipertensos, mueren por cardiopatía*

Una presión sistólica mayor de 160 se encontró en el 79% de las hemorragias cerebrales y en el 71% de las trombosis cerebrales. Una presión diastólica mayor de 100 se encontró en el 61% de las hemorragias y en el 52% de las trombosis cerebrales.⁰

Stamler¹⁰ informa en un estudio realizado en Estados Unidos en 7 581 hombres blancos de 30 a 59 años al hacerles el primer examen: fueron excluidos los que tenían evidencias de lesiones coronarias. Se clasificaron de acuerdo con su presión diastólica. La mortalidad en los próximos 10 años por infarto, incluyendo las muertes súbitas, fue el doble en los que tenían presiones diastólicas de 95 a 104, comparados con los que tenían presiones diastólicas normales. Para los que tenían presiones diastólicas de 105 o más, la mortalidad fue tres veces mayor que en los que la tenían normal.

Freis¹¹ informa en un estudio realizado a 143 hombres, con presiones diastólicas promedios de 115 a 129 mm de Hg, 38% de complicaciones en 70 pacientes no tratados y 2% de complicaciones en 73 enfermos tratados en un período de observación de 15 a 20 meses. Hubo una mortalidad por la hipertensión de 5,7% en el grupo no tratado y de un 0% en el grupo tratado. El propio autor en otro estudio,"- de 380 hombres con presiones diastólicas promedios de 90 a 114 mm de Hg informa 55% de complicaciones en el grupo no tratado y 18% de complicaciones en el grupo

tratado. La mortalidad fue de 4,3% en los tratados y de 9,8% en los no tratados. La observación duró 5 años.

Hodge¹³ comunicó una disminución del 50% de la mortalidad en un periodo de 1 a 8 años de observación, cuando compara un grupo tratado, con uno no tratado. Leshman¹⁴ demostró una reducción de 2/3 en la morbilidad y mortalidad con el tratamiento.

Kannei¹⁵ en el estudio de Framingham, comunica el estudio de 5 209 hombres y mujeres entre las edades de 30 y 62 años, que habían sido clasificados cuando estaban asintomáticos de acuerdo con sus cifras de presión arterial; fueron seguidos durante 14 años, y se le realizaba un examen dos veces en el año, atendiendo fundamentalmente a la presencia de accidentes cerebrovasculares y en especial, de infarto cerebral de origen aterotrombótico. La trombosis cerebral fue 4 veces más frecuente en los pacientes con hipertensión arterial sin síntomas, que en los normotensos.

La Encuesta Nacional de Salud de los Estados Unidos informa el 21% de prevalencia en la raza negra y de 13,5% en la raza blanca, en zonas urbanas. Stamler¹⁰ señala que la hipertensión arterial en los Estados Unidos es más frecuente y más grave en la raza negra que en la raza blanca. Lo mortalidad para los no blancos, es mayor que para los blancos:

Edad	Sexo	Raza	Mortalidad
25 - 44	M	B	1 %
25 - 44	M	N	14,8%
25 - 44	F	B	0,8%
25 - 44	F	N	12,3%

En las encuestas realizadas en las áreas de salud urbanas en nuestro país se ha podido observar que la prevalencia de la hipertensión arterial es mayor en el negro, que, en el mestizo, que, en el blanco, en ese orden. Esto, a pesar de las limitaciones que tiene el poder determinar con exactitud la raza de nuestra población. Se aprecia igualmente que es más frecuente en la mujer que en el hombre. (Ver resultados de las encuestas).

Otros conocimientos que se tienen del problema se refieren al número de hipertensos que ignoran su enfermedad y cuántos tienen un tratamiento que ha logrado controlar sus cifras de presión arterial. Veamos estos datos:

Resultados en la población encuestada	EUA	C U B A			República Democrática Alemana
	Encuesta Nacional de Salud N: 6672 ¹⁶	Area "C. J. Finlay" N: 6951	Area "27 de Nov." N: 2000	Area "J. R. L. Acosta" N: 4556	
Total de hipertensos	1 214	1 078	374	839	894
	Prev. 18,20%	Prev. 15,5%	Prev. 18,7%	Prev. 18,41%	Prev. 17,56%
No lo sabían	519	321	114	298	322
	42,8%	29,78%	30,5%	35,5%	32,2%
Lo sabían	695	757	260	541	558
	57,2%	70,22%	69,5%	64,5%	62,42%

Resultados en la población encuestada	EUA	C U B A			República
	Encuesta Nacional de Salud N: 6672 ¹⁶	Area "C. J. Finlay" N: 6951	Area "27 de Nov." N: 2000	Area "J. R. L. Acosta" N: 4556	Democrática Alemana N: 5091 ¹⁷
Con tratamiento	433 35,7% del tot.	492 45,64% del tot.	153 40,9% del tot.	314 37,43% del tot.	308 34,45% del tot.
Controlados del total	16,3%	15,68%	17,3%	10,72%	24,50%
Controlados de los que tienen tratamiento	45,6%	34,35%	42,48%	28,66%	71,10%

Sobre la prevalencia en población rural, tenemos en nuestro país los datos ofrecidos por Yee Durañona,¹⁸ que encontró al utilizar la cifra de 160/100, una prevalencia de 10,1% en zona urbana y 5% en zona rural.

BIBLIOGRAFIA

1. *Maclas Castro, I.* Modelo experimental de un Programa de Salud Nacional para la atención integral del paciente con hipertensión arterial. Rev Cub Med 14: 7, enero-febrero 1975.
2. *Dueñas Herrera, Alfredo; Deschappelles Himey, E.* Estudio epidemiológico de la cardiopatía isquémica e hipertensión arterial entre los obreros de la industria textilera "Ariguanabo"; tesis para optar por el título de especialista de primer grado en cardiología. Instituto de Cardiología, La Habana, 1974.
3. *Castellanos, Martin et al.* Mortalidad por hipertensión arterial. En prensa.
4. *Clawson, B. J.* Incidence of types of heart diseases among 30 365 autopsies with special reference to age and sex. Am Heart J XXII, 607, 1941.
5. *Myocardial infarction.* How to prevent. How to rehabilitate. Council on rehabilitation. International Society of Cardiology. Page, 19. Brussels 1973.
6. *Levy, H.; Boas, E. P.* JAMA 107, 97, 1956.
7. *Fahr, G.* Jama 80, 981, 1923.
8. *Friedberg, H. K.* Enfermedades del corazón. Pág 940; Ediciones Revolucionarias, La Habana, 1967.
9. *Merritt, H. H.* Textbook of neurology. Page 168; Lea & Febiger, Philadelphia, 1955.
10. *Stamler, J. et al.* The problem and the challenge; The Hypertension Handbook; Merck Sharp & Dohme, West Point, Pa. 1974.
11. *Freis, E. D.* Effects of treatment on morbidity in hypertension. JAMA 202, december 11, 1967.
12. *Freis, E. D.* Effects of treatment on morbidity in hypertension. JAMA 213, august 17, 1970.
13. *Hodge, J. V. et al.* Results of hypotensive therapy in arterial hypertension. Br Med J 1: 1-7 (jan. 7), 1961.
14. *Leishman, A. W. D.* Hypertension-treated and untreated, a study of 400 cases. Br Med J 1: 1361-1368 (may 30), 1959.
15. *Kannel, VJ. B. et al.* Epidemiologic assessment of the role of blood pressure in stroke. The Framingham Study. JAMA 214, october 12, 1970.
16. Report of Inter-Society Commission for Heart Disease Resources. Circulation 44: A263, 1971.
17. *Anders, G.* Community control of hypertension in the Germán Democratic Republic. (WHO/CVD/H75).
18. *Yee Durañona, N.* Encuesta sobre prevalencia de cardiopatías congénitas y adquiridas en el regional Artemisa. Tesis de grado. Instituto de Cardiología. La Habana, 1972.
19. *Lind, G. V. et al.* Die arterielle hypertonie bei männern mittleren alters. Das Deutsche Gesundheitswesen 40: 1873, oktober, 1972 (D.D.R.).
20. *Laragh, J. H.* Symposium on hypertension. Am J Med 52: 1, 1972.