

# Epidemiología de la Hipertensión Arterial en Chile

Dra. Sonia Kunstmann F.  
Departamento Cardiología, Clínica Las Condes.

## Resumen

Se hace un análisis breve de la historia de la hipertensión, abarcando aspectos de diagnóstico y valores de la presión arterial considerados como normales a través de los años. Se revisan conceptos de salud pública, demostrando cómo en Chile y en el mundo las patologías asociadas a la hipertensión cobran cada vez más importancia, y si no hacemos cambios estratégicos respecto a prevención de los factores de riesgo como obesidad, alcoholismo, tabaquismo, sedentarismo, alta ingesta de sal, y si no realizamos esfuerzos para hacer un tratamiento precoz y oportuno, tendremos cada vez más complicaciones relacionadas con el aumento de la presión arterial, sobre todo las cardiovasculares, principal causa de muerte en Chile y el mundo.

Finalmente, se entregan datos y cifras de las últimas encuestas (ENS y RICAR) relacionadas con la hipertensión y factores de riesgo asociados.

La enfermedad cardiovascular es la principal causa de muerte en Chile y en el mundo (1), es la tercera causa de inva-

lidez en nuestro país (2) y se estima que su prevalencia continuará en ascenso en el mundo (3). Por otra parte, existe cada vez más evidencia de la importancia de la hipertensión arterial como factor de riesgo cardiovascular, siendo uno de los más relevantes para la enfermedad coronaria y el de más importancia para la enfermedad cerebrovascular.

El concepto de “anormalidad” de la presión arterial ha evolucionado en los últimos 70 años (4), por lo que la prevalencia de la hipertensión también ha cambiado, dependiendo del nivel de “normalidad” que estimemos.

El tiempo y las evidencias nos han demostrado que no existe una línea divisoria entre presión normal e hipertensión; la relación entre presión arterial y morbimortalidad es cuantitativa: cuanto más alta la presión arterial, peor es el pronóstico. Por otra parte, “los médicos se sienten más seguros cuando trabajan con criterios precisos, aunque éstos sean básicamente arbitrarios...” (Sir George Pickering, 1972).

## PERSPECTIVA HISTÓRICA

Existen pocas historias en la medicina que estén tan llenas de errores y conceptos equivocados como sucede con la hipertensión arterial y su tratamiento (5), la que ha pasado por diferentes conceptos y etapas. En 1930, el doctor Dudley, de Boston, afirmaba que la hipertensión era un mecanismo de adaptación y que, por tanto, no debíamos tocarlo. Posteriormente, en la década del 40, el doctor Scott en su tratado "Practice of Medicine" (6), uno de los textos importantes de la época, describía la hipertensión como un síntoma y no una enfermedad, afirmando que no debía ser tratada, ya que era la respuesta del organismo para asegurar una perfusión normal.

En 1946, el doctor Friedberg enseñaba que la hipertensión era leve hasta valores de 200/100 mm. Hg., que era benigna y no tenía indicación de terapia. Ese mismo año se publicaba que la hipertensión arterial podía tener como causa una psicopatía (7), concepto que incluso hoy tiene adeptos, ya que algunos aún consideran ciertos tipos de hipertensión como un problema de ansiedad. Si bien estos conceptos han ido evolucionando, en su momento impidieron el manejo adecuado de muchos individuos hipertensos.

Recién en 1945, el doctor Kempner demuestra la relación entre la dieta rica en sal y la hipertensión arterial. Sin embargo, es criticado ampliamente por sus colegas por prescribir la dieta hiposódica. Incluso Sir George Pickering, médico y filósofo de Gran Bretaña, llega a decir: "La dieta de Kempner es insípida, inapetente, monótona, inaceptable e intolerable, y requiere de un fanatismo religioso para adoptarla".

No sólo se va cambiando el concepto de normalidad y de patogenia, sino que

se empieza a ensayar otras alternativas de tratamiento. En 1948 aparecen en la literatura la sedación mayor, la adrenalectomía y la cirugía resectiva cerebral del lóbulo frontal como alternativas de tratamiento de la hipertensión severa. Luego, en 1949, los doctores Freis y Page introducen agentes pirógenos y antimaláricos para provocar vasodilatación y tratar la hipertensión arterial maligna (8).

Posteriormente, en 1950, aparece la Hidralazina, la Guanetidina, los inhibidores de la MAO y los diuréticos, con lo cual se inicia un cambio radical en la historia de la hipertensión arterial y en la visión de su tratamiento. Sin embargo, incluso en el año 1955 aun persistía el concepto de la hipertensión como una entidad benigna, ya que se consideraba que tenía una expectativa de vida mayor a 20 años desde el momento del diagnóstico, con al menos los primeros 10 años exentos de síntomas (9), y se criticaba el intento de manejo más acotado de las cifras de presión arterial. Un ejemplo de esto es el caso del presidente de Estados Unidos, Franklin D. Roosevelt, que falleció en Abril de 1945 por una hemorragia cerebral, después de 10 años de hipertensión arterial, mal calificada como "benigna", parcialmente controlada (10).

Sólo en la década de los 60 la Asociación Norteamericana de Cardiología (American Heart Association), publica que la comida, el alcohol, el ejercicio y el tabaco pueden influir en el tratamiento de la hipertensión arterial, pero aclara que no son causa de hipertensión diastólica. Aún en 1960 no existía el concepto de hipertensión sistólica.

Si bien sigue existiendo una gran brecha entre las recomendaciones y la práctica clínica (11), y habitualmente no alcan-

zamos las metas de presión, tal como lo demostrara el estudio Euro Aspire (12), en la actualidad existe mayor preocupación para lograr un mejor control.

Son cada vez más los estudios clínicos que permiten formular guías y directrices en apoyo de una estrategia más efectiva para lograr las cifras de presión arterial fijadas como "normales". Sin embargo, la experiencia acumulada hasta el momento sugiere que el impacto de estas directrices o guías para cambiar la práctica clínica ha sido bastante pequeño.

## ASPECTOS EPIDEMIOLÓGICOS

Desde 1969 las enfermedades cardiovasculares son la principal causa de mortalidad en Chile, y aproximadamente el 45% de la mortalidad cardiovascular ocurre en personas entre 35 y 74 años. En este grupo de edad, las tasas de mortalidad por enfermedad cerebrovascular e isquémica del corazón son 1,4 y 2 veces más altas en los hombres que en las mujeres, respectivamente, según los informes del Ministerio de Salud en Chile (13), lo que aumenta significativamente a medida que se avanza en edad.

La prevalencia de hipertensión aumenta cuando está asociada a factores de riesgo tales como obesidad, consumo de alcohol y sedentarismo. Esto tiene importantes implicancias, ya que en la Región Metropolitana el 76% de las mujeres y el 71% de los hombres entre 30 y 80 años, tienen dos o más factores de riesgo, si se consideran la hipertensión, hipercolesterolemia, tabaquismo, sedentarismo, diabetes mellitus, obesidad y circunferencia de cintura anormal como factores de riesgo cardiovascular (14).

Estudios realizados a fines de la década de los años 80, en poblaciones de 15 y más años en la Región Metropolitana y en la ciudad de Concepción, muestran cifras de prevalencia de hipertensión arterial de aproximadamente 18%, con cifras más elevadas en poblados rurales que en los grandes centros urbanos (15).

En un estudio del año 2003 (16), en una población de 850 adultos jóvenes entre 22 y 28 años, encontraron una prevalencia de hipertensión de 5% mayor a la encontrada en estudios previos como el de Berríos en 1990 (17) o de Jadue en 1999 (18). Esta prevalencia aumenta con la edad, con cifras superiores al 70% en los mayores de 65 años.

Si comparamos las cifras de prevalencia de hipertensión arterial en adultos en nuestro país, podemos ver que esta ha aumentado en forma significativa en las últimas décadas.

El estudio de Berríos (17) mostró que, en 1986, la prevalencia de hipertensión era de un 8,8%, la que aumenta a un 11% en 1999 (18), y a 25% en el estudio RICAR en el 2003 (19). Esto equivale a un aumento de un 90% en los últimos 5 años. En este estudio de la Sociedad Chilena de Cardiología (19), en 12.500 personas sanas, 51,5% mujeres y 48,5% hombres entre 30 y 80 años (promedio 47,6 años) en el área metropolitana, se observó una prevalencia de hipertensión sistólica de 21,1%, y de diastólica de 19,9%. Si analizamos la prevalencia por sexo, la hipertensión sistólica resultó ser de 19,7% para la mujer y de 22,5% para el hombre, mientras que la diastólica fue de 15,3% en la mujer y de 24,7% en el hombre (19). En nuestro país, este estudio también mostró que las cifras promedio de presión arterial en personas sanas son discretamente mayores en

el hombre que en la mujer:  $124,24 \pm 19 / 78,24 \pm 10,7$  mm. Hg. versus  $128,35 \pm 17 / 82,59 \pm 10,7$  mm. Hg. Las mujeres tienen cifras más bajas en edades menores y, al aumentar en edad, su riesgo se incrementa por sobre los hombres.

Estos datos son similares a los encontrados en la Encuesta Nacional de Salud (ENS), estudio aleatorio y estratificado de 3.619 personas mayores de 17 años, realizado recientemente por el Ministerio de Salud (20), donde se encontró una prevalencia de hipertensión arterial de 33,4%, siendo en la mujer de 30,8% y de 36,7% en el hombre, con una prevalencia en personas sobre 65 años de 74,6% en hombres, y de 81,8% en mujeres. Sólo el 59,8% de los hipertensos conocía su diagnóstico, siendo significativamente mayor el conocimiento en la mujer que en el hombre (74,7% versus 46,8%, respectivamente). De ellos, el 36% estaba en tratamiento, y en sólo el 11,8% se lograba la meta de cifras de presión de menos de 140/ 90 mm. Hg. También la cifra de mujeres controladas fue mayor que en los hombres (19,1% versus 5,4%, respectivamente).

El grado de desconocimiento sobre los factores de riesgo cardiovascular encontrados en nuestra población adulta, en el estudio RICAR (21) fue realmente alarmante: el 67% de ellos desconocía su presión arterial, 78% no sabía el valor de su colesterol y 83% de ellos no conocía su glicemia, lo que disminuyó con la edad a cifras entre 43 y 68% para los diferentes factores de riesgo mencionados.

El conocimiento fue mayor en mujeres que en hombres. De aquellos que conocían su condición de hipertenso, sólo el 75,9% estaba en tratamiento. Estas cifras son preocupantes, si consideramos que la enfermedad aterosclerótica se relaciona

directamente con los factores de riesgo, que progresa silenciosamente y que el principal factor para que el individuo adopte conductas saludables es el conocimiento respecto de su propia realidad de salud.

## BIBLIOGRAFÍA

- 1> The World Health Report 2003: shaping the future. Geneva, Switzerland: WHO 2003.
- 2> Zamora L., Arellano M., Kunstmann S. et al. Invalidez en el Sistema Privado de Pensiones. Rev Med Chil. 1997; 125 (1):99-106.
- 3> Vasan R.S., Beiser A., Seshadri S. et al. Residual Lifetime risk for developing hypertension in middle-aged women and men: The Framingham Heart Study. JAMA. 2002; 287:1003-10.
- 4> Chobanian A.V., Bakris G.L., Black H.R., Cushman W.C., Green L.A., Izzo J.L. Jr., Jones D.W., Materson B.J., Oparil S., Wright J.T. Jr., Roccella E.J. Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. National Heart, Lung, and Blood Institute; National High Blood Pressure Education Program Coordinating Committee. JAMA 2003; 289:2560-71.
- 5> Marvin Moser, MD. Widespread Misconceptions. "The Treatment of Hypertension: A story of Myths, Misconceptions, Controversies and Heroics. Second Edition, Le Jacq Communications, Inc & Marvin Moser. 2002:1-9.

- 6> Scott R.W. Clinical Blood Pressure. In: Tice F. Pract Med, 1946; 6:93-114.
- 7> Friedberg C.K. Disease of the Heart. 1<sup>st</sup> ed. Philadelphia, PA: WB. Saunders & Co.; 1946.
- 8> Page I.H., Tailor R.D. Pyrogens in the treatment of malignant hypertension. Mod. Concepts Cardiovasc. Dis. 1949; 18: 51-2.
- 9> Perera G.A. Hypertensive Vascular Disease: Description and natural history. J Chron Dis 1955; 1:33.
- 10> Bruenn H.G. Clinical Notes on the illness and death of President Franklin Roosevelt. Ann Intern Med. 1970; 72:579-91.
- 11> Hobbs F.D., Erhardt L. Acceptance of guideline recommendations and perceived implementation of coronary heart disease prevention among primary care physicians in five European countries: the Reassessing European Attitudes about Cardiovascular Treatment (REACT) survey. Fam Pract. 2002 Dec; 19(6):596-04.
- 12> EUROASPIRE I and II Study Group. *Lancet*. 2001; 357:995-1001.
- 13> Ministerio de Salud. Norma Técnica N°8 Exenta N° 799 Hipertensión Arterial, Programa Salud Adulto Mayor 1995. [www.minsal.cl](http://www.minsal.cl)
- 14> Kunstmann S., Lira M.T., Meruane J. et al. Application Of The European Cardiovascular Risk Stratification Model In Chilean People In Ricar Project. *Eur Heart J* 2004; 25:244.
- 15> Fasce E., Perez H., Boggiano G. et al. Hipertensión Arterial en Comunidades Rurales. Estudio en la VIII Region, Chile. *Rev Med Chil*. 1993 Sep; 121(9):1058-67.
- 16> Bustos P., Amigo H., Arteaga A., Acosta A.M., Rona R.J. Factores de Riesgo Cardiovascular en Adultos Jóvenes. *Rev Med Chil*. 2003 Sep; 131(9):973-80.
- 17> Berríos X., Jadue L., Zenteno J., Ross M.I., Rodríguez H. Prevalencia de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas. Estudio en la Población General del Área Metropolitana 1986-1987. *Rev Med Chil*. 1990; 118(5):597-04.
- 18> Jadue L., Vega J., Escobar M.C., et al. Factores de Riesgo de Enfermedades no Trasmisibles: Método y Resultados del Programa CARMEN. *Rev Med Chil*. 1999; 127(8):1004-13.
- 19> Kunstmann S., Lira M.T., Molina J.C. et al., Riesgo de Presentar un Evento Cardiovascular a 10 años en Personas Sanas: Proyecto RICAR. *Rev Chil Cardiol*, 2004. 23 1, 13-20.
- 20> Encuesta Nacional de Salud Ministerio de Salud, [www.minsal.epidem.cl](http://www.minsal.epidem.cl)
- 21> Lira M.T., Kunstmann S., Caballero E., Villarroel L. Accuracy of self Reported Prevalence of Cardiovascular Risk Factors in Primary Prevention in the RICAR project. *Circulation* 2004; 110: 3079.