

La hipertensión arterial como causa de mortalidad

The high blood pressure as a cause of death

Dra. Vania Ferrer Santos,^I Dra. Mileidys Domínguez Hernández,^{II} Dra. Ariadna Méndez Rosabal^{III}

^I Especialista de I Grado en Medicina Interna. Hospital Militar Central "Dr. Carlos J Finlay". La Habana, Cuba.

^{II} Especialista de I Grado en Dermatología. Hospital Militar Central "Dr. Carlos J Finlay". La Habana, Cuba.

^{III} Especialista de I Grado en Medicina General Integral y en Medicina Interna. Profesora Auxiliar. Hospital Militar Central "Dr. Carlos J Finlay". La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción: la hipertensión arterial constituye el factor de riesgo mayor sobre la morbilidad y mortalidad de causa cardiovascular, estimado a través de los certificados de defunción.

Objetivo: evaluar la repercusión de este factor de riesgo como causa de mortalidad.

Métodos: se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo de los pacientes fallecidos con hipertensión arterial entre el 2002 y 2007. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, color de la piel, causa directa de muerte, causa básica de muerte, causa contribuyente de muerte y correlación clínica/patológica.

Resultados: se encontró que el 9,1 % de los fallecidos eran hipertensos, el grupo de edad más afectado fue el de 65 a 74 años (23,4 %) y la edad promedio fue de 65 años. En 248 fallecidos existió coincidencia diagnóstica total en la causa directa de muerte (74,6 %) y en 236 en la causa básica de muerte (71,0 %). La hipertensión arterial constituyó la causa básica de muerte en el 59,3 % y la causa contribuyente de muerte en el 18,97 %. En más de la mitad de los casos, la hipertensión arterial participó en los mecanismos de muerte a través de la causa básica de muerte y causa contribuyente de muerte.

Conclusiones: la hipertensión arterial constituye un determinante causal en la mortalidad y progresión del daño vascular aterosclerótico.

Palabras clave: hipertensión arterial, aterosclerosis, causa directa de muerte, causa básica de muerte, causa contribuyente de muerte.

ABSTRACT

Introduction: high blood pressure is a major risk factor on the morbidity and mortality of cardiovascular origin according to the death certificate,

Objective: to assess the repercussion of this risk factor as cause of death.

Methods: a retrospective and descriptive study was conducted in patients deceased with high blood pressure between 2002 and 2007. Study variables were: age, sex, skin color, direct cause of death, basic cause of death, contributing cause of death and clinical/pathological correlation.

Results: there found that the 9.1 % of deceases were hypertensive, the more involved age group was that of 65-74 years (23.4 %) and the mean age was of 65 years. In 248 deceased there was a total diagnostic coincidence in relation to the direct cause of death (74.6 %) and in 236 deceased in the basic cause of death (71.0 %). High blood pressure was the basic cause of death in the 59.3 % and the contributing cause of death in the 18.97 %. In more than a half of cases, high blood pressure was involved in the death mechanisms through the basic and the contributing cause of death.

Conclusions: High blood pressure is a causal determinant factor in the mortality and the progression of atherosclerotic vascular damage.

Key words: high blood pressure, atherosclerosis, direct cause of death, basic cause of death, contributing cause of death.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) es la más común de las condiciones que afectan la salud de los individuos adultos en las poblaciones en todas partes del mundo. Representa por sí misma una enfermedad, como también un factor de riesgo importante para otras enfermedades.¹

Desde el punto de vista clínico, se define por elevación sostenida de la presión arterial por encima de 140/90 mmHg, después de varias mediciones de esta en similares condiciones.^{2,3} La influencia de la HTA sobre la mortalidad total está establecida. Se relaciona con el 46 % de las muertes por enfermedad cerebrovascular, 42 % de las muertes por enfermedad de las arterias coronarias (EAC) y el 25 % de las muertes totales; el mayor riesgo poblacional recae en la HTA estadio I o ligera.⁴⁻⁶ Por tales motivos, el progreso o desarrollo de las medidas encaminadas a la prevención y control de la HTA son un desafío para todos y debe constituir una prioridad de las instituciones de salud, la población y los gobiernos.

En Cuba, la HTA es un diagnóstico habitual, tanto en la atención primaria como en la atención hospitalaria, lo cual se relaciona con la prevalencia de esta entidad, estimada para el 33 % en la población urbana y 15 % en la rural. En ocasiones no es más que un hallazgo exploratorio asociado a otra enfermedad preexistente que ha motivado la

consulta. Sin embargo, es cada vez más frecuente que constituya el problema central de un individuo habitualmente asintomático, al que un examen rutinario le ha detectado una elevación estable y sostenida de la tensión arterial, complicaciones o repercusión en órganos diana, como consecuencia de una HTA no diagnosticada hasta la fecha, lo que destaca la importancia de la prevención y manejo individualizado del paciente hipertenso.⁷

Este trabajo tuvo el objetivo evaluar la repercusión de HTA como causa de mortalidad en fallecidos en el Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay".

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, retrospectivo a partir de las historias clínicas de los pacientes fallecidos con diagnóstico de HTA en un período de 5 años (2002-2007) en el Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". De un total de 3 638 fallecidos con protocolos de necropsias entre enero del 2002 y diciembre del 2007, la muestra quedó integrada por 332 pacientes hipertensos. El diagnóstico se basó en el antecedente recogido en la historia clínica o por haber estado documentado el tratamiento antihipertensivo. Fueron incluidos todos los fallecidos a partir de 15 años de edad y hasta más de 95 años.

Las variables analizadas fueron: edad, causa directa de muerte (CDM), causa básica de muerte (CBM) y coincidencia diagnóstica (en CDM y CBM) considerando coincidencia total, parcial, insuficiente y no coincidencia.

RESULTADOS

Con respecto a la edad, el mayor número estuvo comprendido en el grupo de 65 a 74 años con un total de 78 casos (23,4 %), seguidos por 67 (20,1 %) en el grupo de 75 a 84 años. La edad promedio fue de 65 años (fig.).

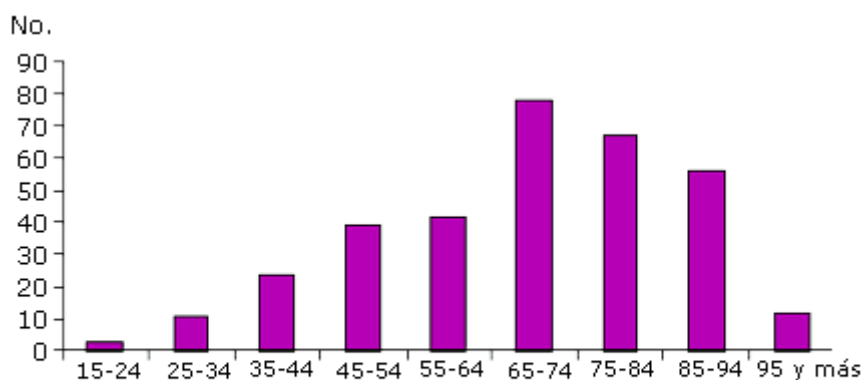


Fig. Distribución de fallecidos con HTA según grupos de edades.

Existió coincidencia diagnóstica total en la CDM en 248 casos (74,6 %) y en la CBM en 236 (71 %). La coincidencia parcial en la CDM se comprobó en 52 casos (15,6 %) y en la CBM en 53 casos (15,9 %). No existió coincidencia en la CDM en 26 casos (7,8 %) y en la CBM en 32 casos (9,6 %) y coincidencia insuficiente en la CDM en 6 casos (1,8 %) y en la CBM en 11 casos (3,3 %) (tabla).

Tabla. Fallecidos con HTA: correlación clínico-patológica en CDM y CBM

Coincidencia	CDM	%	CBM	%
Coincidencia total	248	74,6	236	71,0
Coincidencia parcial	52	15,6	53	15,9
Coincidencia insuficiente	6	1,8	11	3,3
No coincidencia	26	7,8	32	9,6

La HTA constituyó la CBM en 197 fallecidos (59,3 %) y la aterosclerosis en su expresión coronaria, cerebral y aórtica estuvo presente en 108 (32,4 %) respectivamente, así como la diabetes mellitus que se presentó en 22 (6,6 %). Además fue la causa contribuyente de muerte (CCM) en 63 pacientes (18,97 %).

Hubo 260 pacientes (78,3 %) que murieron por HTA y 72 casos (68 %) con HTA.

DISCUSIÓN

Se encontró que los fallecidos hipertensos predominaron en el grupo de 65 a 74 años y la edad promedio fue de 65 años; los mayores de 65 años, representaron el 63,9 % del total de hipertensos. Estos hallazgos concuerdan con lo reportado internacionalmente, así como con estudios realizados en Cuba, donde se encontró que los fallecidos hipertensos predominaron en el 25,5 % en el grupo de 65 a 74 años y que el 55,85 % eran pacientes mayores de 65 años. Otros reportes plantean que más de la mitad de los pacientes sobrepasan los 50 años de edad.⁸⁻¹⁰

En el 74,6 % de los pacientes fallecidos con HTA existió coincidencia diagnóstica total de la CDM, lo que resalta un elevado nivel de certeza diagnóstica.

En la CBM, existió coincidencia diagnóstica total en el 71,0 %, considerando este resultado en relación con una preparación adecuada de los médicos de todos los niveles de atención, que reconocen la HTA como causa de muerte y la tienen en cuenta en el momento de confección del certificado de defunción.

Al analizar la HTA como CBM se comprobó que esta estuvo presente en un total de 197 pacientes (59,3 %). Se constató además, que la aterosclerosis en su expresión coronaria, cerebral y aórtica estuvo involucrada en 108 casos (32,5 %); sin embargo, en el estudio realizado por *Vázquez*,⁷ la HTA como CBM se presentó solo en el 16,6 % de los casos, superada por la aterosclerosis en su expresión coronaria, cerebral y aórtica con el 34,9 %. Esto pudiera corresponder con el personal médico que realiza los certificados de defunción y no incluye la enfermedad arterial coronaria como CBM, se escapa el diagnóstico y posibilita que la HTA ocupe el primer lugar en esta causa.

En este estudio, un total de 260 pacientes (78,3 %) fallecieron por HTA y los fallecidos con esta enfermedad fueron 72 (22,7%). Esto permite aseverar que en más de la mitad de los casos, la HTA participó en los mecanismos de muerte a través de la CBM y CCM. Resultados similares reporta Vázquez⁷ con el 54,6 % de pacientes fallecidos por HTA y el 45,4 % de casos fallecidos con HTA.

Es posible concluir que la HTA continúa teniendo un peso fundamental como factor de riesgo importante y frecuente en las enfermedades cardiovasculares. Se expresa como causa de muerte a través de sus complicaciones y no siempre directamente por esta.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mc Mahon S. Blood pressure and the risk of cardiovascular disease. N Engl J Med. 2000;342:50-1.
2. MINSAP. Guía para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la HTA. La Habana: MINSAP; 2008. p. 9-11, 42.
3. Chobanian AV, Bakris GL, Black HR. 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. Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. Hypertension. 2003;42:1206-52.
4. Kannel WB. Fifty years of Framingham Study contributions to understanding hypertension. J Hum Hypertens. 2000;14:83-90.
5. Velásquez de Correa G, López Gómez LM. Hipertensión y su relación con el sodio, el potasio, el calcio y el magnesio. Perspect Nutr Hum. 2006;15):47-66.
6. Banegas JR, Rodríguez-Artalejo F, De la Cruz Troca JJ, Andres Marzano B. Mortalidad relacionada con la hipertensión y la presión arterial en España. Med Clin (Barc). 1999;112:489-94.
7. Guerra A, Pérez MD, Vázquez A, Cordies L. Epidemiología de la hipertensión arterial en Cuba. Rev Española Nefrología. 2000;2(Supl 6):43-9.
8. Fernández Alfonso JM, Delgado Pérez L, Bello Rodríguez B. Calidad de vida asociada a la salud en el Círculo de Abuelos Amigos del Deporte. Municipio de Matanzas. 2006 Rev Médica Electrónica. 2007 Nov.-Dic.;29:6.
9. Melano-Carranza E, Lasses Ojeda LA, Ávila-Funes JA. Factores asociados con la hipertensión no tratada en los adultos mayores. Pan Am J Public Health. 2008;23(5):295-302.
10. Beers MH, Berkow R. The Merk Manual of Diagnosis and Therapy [CD-ROM]. 17 ed. New York: Merck; 2007.

Recibido: 20 de abril de 2011.
Aprobado: 26 de mayo de 2011.

Dra. *Vania Ferrer Santos*. Hospital Militar Central "Dr. Carlos J. Finlay". Avenida 114 y 31, Marianao, La Habana, Cuba.