

La Hipertensión Arterial

La hipertensión arterial es la enfermedad crónica con mayor prevalencia en el mundo y una de las principales causas de morbimortalidad por enfermedad cardiovascular.¹ En Costa Rica es la enfermedad que produce el mayor número de consultas médicas en el sistema de salud y la tercera causa de ingresos hospitalarios.²

Evidentemente la detección, el tratamiento y el control adecuado de esta enfermedad redundan en una considerable disminución de la morbimortalidad cardiovascular.³⁻⁶ Sin embargo, los informes en cuanto a los porcentajes de su detección y control siguen siendo bajos, aún en los países desarrollados. En los Estados Unidos, datos de 1995 revelan que sólo el 10% de los pacientes hipertensos bajo tratamiento tenían la presión arterial (PA) controlada (<140/90 mmHg). En 1976-1980, luego de campañas de detección y educación, se logró aumentar esta cifra al 27% en 1988-1991.⁷ Esto deja un 70% de los pacientes sin un control adecuado o sin tratamiento, lo cual concuerda con informes emitidos en otros países.⁸ En Inglaterra, un estudio reciente encontró que sólo el 6% de los pacientes hipertensos tenía la PA <140/90 mmHg.⁹

En Costa Rica no existen datos estadísticos representativos de la realidad nacional en este problema. Sin embargo, con base en estudios locales realizados en el Hospital México, conocemos que la prevalencia de la hipertensión arterial en mayores de 20 años es de alrededor del 15%. A medida que envejecemos, esta prevalencia aumenta, alcanzando casi el 40% en personas adultas mayores y cerca de un 60% de los hipertensos se conocen como tales, pero sólo el 40% asiste regularmente a consulta médica y de estos sólo el 60% tiene una PA diastólica < de 90 mmHg y el 30% una PA sistólica <140 mmHg.²

Debido al envejecimiento de la población en la mayoría de los países desarrollados (y en Costa Rica también), el número total de accidentes vasculares cerebrales ha aumentado y la tendencia descendente en la incidencia de las enfermedades cardiovasculares se ha detenido en los últimos años.

Las enfermedades cardiovasculares siguen siendo la principal causa de muerte en Costa Rica y en la mayoría de los países del mundo. Sin embargo, no se ha logrado modificar significativamente su incidencia a lo largo de todos los tiempos, a pesar de contar hoy con un novedoso y supuestamente mejor arsenal terapéutico.

La realidad es que poco se ha hecho para mejorar la detección, adherencia al tratamiento y control adecuado de la enfermedad. En vez de esto, nos hemos focalizado en el supuesto beneficio del control de la presión arterial con los más nuevos y sofisticados medicamentos. A medida que los grandes estudios epidemiológicos publican sus resultados, parece ser cada vez más claro que lo importante para prevenir las complicaciones cardiovasculares de la hipertensión arterial es su adecuado control y no el o los medicamentos que se usen para lograrlo, independiente del tipo de hipertenso que estemos tratando.¹⁰⁻¹²

El estudio de la Dra. Adriana Laclé (pág. 15) ofrece por primera vez los datos de prevalencia, conocimiento de la enfermedad, tratamiento y control en un grupo de personas adultas mayores, quienes constituyen un conjunto de enorme importancia epidemiológica en el campo de la hipertensión arterial en el país. Esto debe ser estimulante para que otros científicos se dediquen a estudiar y publicar sobre esta enfermedad, que produce el mayor número de consultas médicas al año y es una de las principales causas de mortalidad en la población adulta de nuestro país.

José R. Fuchs Cordon
Especialista en Medicina Interna
Hospital México

Referencias

1. WHO Expert Committee. Hypertension control. WHO Tech Rep Ser No. 862. Geneva: World Health Organization; 1996.
2. Fuchs, JR. *Epidemiology of Hypertension in Costa Rica. XII Scientific Meeting of Hypertension. WHL Yearbook 1997; 22.*
3. Collins R, Peto R, MacMahon S, Herbert P, Fiebach NH, Eberlein KA, et al. Blood pressure, stroke and coronary heart disease. Part 2, short-term reductions in blood pressure: overview of randomized drug trials in their epidemiological context. *Lancet* 1990; 335: 827-839.
4. Collins R, MacMahon S. Blood Pressure antihypertensive drug treatment and the risk of stroke and coronary heart disease. *Br Med Bull* 1994; 50: 272-298.
5. MacMahon S, Rodgers A. The effect of antihypertensive treatment on vascular disease: reappraisal of the evidence in 1994. *J Vasc Med Biol* 1995; 4: 265-271.

6. Messerli FH, Grossman E, Goldbourt U. Are beta-blockers efficacious as first-line therapy for hypertension in the elderly? A systematic review. *JAMA* 1998; 279: 1903-1907.
7. Burt VL, Cutler JA, Higgins M, Horan MJ, Labarthe D, Whelton P, et al. Trends in the prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the adult US population. Data from the Health Examination Surveys, 1960 to 1991. *Hypertension* 1995; 26: 60-69.
8. Marques-Vidal P, Tuomilehto J. Hypertension awareness, treatment and control in the community: is the "rule of halves" still valid? *J Hum Hypertens* 1997; 11: 213-220.
9. Colhoun HM, Dong W, Poulter NR. Blood pressure screening, management and control in England: results from the health survey for England 1994. *J Hypertens* 1998; 16: 747-752.
10. UK Prospective Diabetes Study Group. Efficacy of atenolol and captopril in reducing risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UPKDS 39. *BMJ* 1998; 317: 713-720.
11. Hansson L, Zanchetti A, Carruthers SG, Dahlof B, Almfeldt D, Menard J, et al, for the HOT Study Group. Effects of intensive blood pressure lowering and low-dose aspirin in patients with hypertension: principal results of the Hypertension Optimal Treatment (HOT) randomised trial. *Lancet* 1998; 351: 1755-1762.
12. UK Prospective Diabetes Study Group. Tight blood pressure control and risk of macrovascular and microvascular complications in type 2 diabetes: UPKDS 38. *BMJ* 1998; 317: 703-713.

Nota Histórica: El Chloroformo en Costa Rica

Primera Experiencia Anestésica

En "El Costarricense, Semanario Oficial" No. 95 de setiembre de 1848, como ilustración al margen a una exposición sobre "El Chloroformo en una mujer muy nerviosa, a quien pudo sacar una muela sin ningún sufrimiento de la paciente, mediante la aplicación a la boca y nariz de un pañuelo en que se echaron 6 gotas de la composición".

A sólo 2 años de la primera experiencia anestésica con éter realizado por el Dr. William Norton en el Hospital General de Massachusetts, y un año después en que por primera vez se utilizara el chloroformo con iguales propósitos por el médico escosés James Simpson, el Dr. José M^a Montealegre Fernández realizaba procedimientos en la pobre y atrasada San José.

Posiblemente gracias a las características físicas del chloroformo de tener un punto de ebullición alto y no ser inflamable permitiendo su almacenamiento en climas y ambientes cálidos, fue que se hizo posible su importación de Gran Bretaña.

La documentación histórica de éste caso debe tomarse como la primera experiencia anestésica en Costa Rica.

*Colaboración de
Alvaro Montealegre Mata
Urológo
Clínica Burstin*

Nota: Una copia de la publicación original se encuentra en el Colegio de Médicos y Cirujanos a disposición de quienes deseen revisarla.