

La hipertensión arterial en la comunidad*

Por los Dres.:

ALFREDO NASIFF HADAD**, MANUEL D. PEREZ CABALLERO*** y Lic. GEMA QUINTERO DANAVY****

Nasiff Hadad, A. y otros. *La hipertensión arterial en la comunidad.** Rev Cub Med 19: 3, 1980.

Se estudian los pacientes dispensarizados en el subprograma de hipertensión arterial, en dos sectores del Policlínico Comunitario Reina, en un período de 6 meses. Además de los datos recogidos en la anamnesis y examen físico se realizaron pruebas radiográficas, de laboratorio clínico y psíquicas. Después de aplicado el tratamiento se mantuvo el examen periódico de los pacientes, evaluando su evolución. Las características del policlínico en la comunidad permiten la atención integral de estos enfermos, y su estudio se complementa, en casos especiales, en el hospital.

INTRODUCCION

Los adelantos técnicos y científicos, logrados con enorme rapidez en los últimos años, han permitido un mejor conocimiento de la hipertensión arterial¹. Esto permite estudiar la enfermedad en forma integral y según sus factores determinantes².

La hipertensión arterial está situada entre las primeras causas de morbilidad en nuestro país y como factor predisponente de cardiopatías isquémicas y enfermedad cerebrovascular, tiene gran influencia en la morbimortalidad de éstos. Es por tanto un problema de

salud que interesa a todos los que intervienen en esta gestión.

Para alcanzar un mayor nivel de atención al individuo y a la comunidad surge el modelo de atención médica en la comunidad, que permite el control integral y continuado del hipertenso a través de un equipo de salud fijo.

Como consecuencia lógica de esta forma de atención médica y de docencia, aparece el estímulo de la investigación. Fue por eso que decidimos integrar nuestros esfuerzos para hacer un estudio del enfermo hipertenso.

MATERIAL Y METODO

Se estudian los pacientes dispensarizados en el subprograma de hipertensión arterial de los sectores tres y cuatro, del Policlínico Docente Reina, municipio Centro Habana, provincia Ciudad de La Habana, entre los meses de julio y diciembre del año 1976, am

* Tema libre presentado en el II Congreso Nacional de Medicina Interna. Camagüey (noviembre de 1977).

** Especialista en medicina interna. Hospital Calixto García.

††† Especialista en medicina interna. Director del Policlínico Comunitario Reina

**** Psicóloga del Policlínico Comunitario Docente Reina

bos inclusive. El criterio seguido para la dispensarización fue:

1. Los pacientes con antecedentes de hipertensión arterial, que se comprobó en la consulta.
2. Los que sin dicho antecedente, tuvieron la tensión arterial elevada en tres tomas casuales, utilizando como valores límites los ofrecidos por el programa de hipertensión, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que la divide según grupos de edad³²⁴.

La presión fue tomada en el brazo derecho con el enfermo sentado; la sistólica recogida corresponde al primero de los ruidos de Korotkoff y la diastólica fue la media entre el cuarto y quinto ruidos⁵.

Por el método seguido en nuestro policlinico al iniciar el nuevo modelo de atención, no incluimos en el subprograma de hipertensión, a los hipertensos dispensarizados en los subprogramas de diabetes mellitus y cardiopatías isquémicas, por lo tanto, según el universo escogido, no aparecerán hipertensos con estas enfermedades asociadas.

Este trabajo, programado con un estudio prospectivo, fue realizado por los médicos que atienden a los sectores referidos y por el departamento de psicología del policlinico.

Recogimos los datos de identidad personal, los antecedentes personales y familiares de interés, el tiempo de evolución de la enfermedad, los valores promedios de la tensión arterial y el fondo de ojo. Se analizaron los exámenes siguientes: hemograma, glicemia, orina, urocultivo, ionograma, ácido úrico, creatina, urea, sulfonilftaleína, dosificación de vanililmandélico en orina de 24 horas, lípidos totales, colesterol, electrocardiograma, telecardiograma y urograma descendente.

Se realizaron *test* 16 PF de Cattell a los menores de 45 años. Incluimos el tratamiento, evolución, complicaciones y enfermedades asociados.

Los pacientes en quienes se sospechó hipertensión arterial secundaria fueron ingresados en el hospital para completar su estudio.

RESULTADOS Y DISCUSION

La población adulta de nuestros dos sectores asciende a 4 845, y han sido atendidos en el período estudiado el 29,55%, o sea 1 432 pacientes, de éstos el 7,33% (105) fueron dispensarizados en el subprograma de hipertensión arterial; 45 de ellos tienen incompletos los resultados de los exámenes indicados, por lo que trabajamos sólo con 60 hipertensos, de los cuales 21 no eran conocidos.

De los 39 conocidos tenían tratamiento 28 y sólo 6 de ellos lo llevaban adecuadamente (cuadro I). Esto demuestra que deben hacerse controles periódicos para inducir el tratamiento correctamente.

El que 21 pacientes (35%) fueran diagnosticados en la consulta, evidencia la importancia de la toma de la presión arterial, más aún cuando hay factores de riesgo conocidos que los hacen propensos a la enfermedad. Al hablar más adelante de los antecedentes haremos énfasis en estos factores.

El grupo de edad predominante fue entre 30 y 64 años con el 80%, el resto, mayores de 65 años. Queremos señalar que nuestras cifras no coinciden con las encontradas en otros policlinicos de la isla, porque en éstos los resultados fueron por encuestas de prevalencia, lo que no es el objetivo de nuestro trabajo⁶.

Las 2/3 partes del total de los pacientes pertenecen al sexo femenino (61,67%).

La raza más frecuentemente afectada fue la negra con el 36,67%, después siguen la blanca (35%), mestiza (25%) y amarilla (3,33%); es destacable esto último, ya que en nuestros sectores abunda la población de origen chino.

CUADRO I

Hipertensos 60	{ Conocidos 39 (65%) No conocidos 21 (35%)	{ Con tratamiento 28 (71,8%) Sin tratamiento 11 (28,2%)	{ Bien llevado 6 (21,4%) Mal llevado 22 (78,6%)
----------------	--	---	---

Fuente: Policlínico Docente Reina
Julio-dic. 1976

CUADRO II
ANTECEDENTES

Total de hipertensos: 60		
Fumadores	33	55%
Obesos	6	10%
Con familiares hipertensos	18	30%

Fuente: Policlínico Docente Reina
Julio-dic. 1976

En el cuadro II podemos observar que más de la mitad del total son fumadores y el 10% obesos, que si bien no son elementos determinantes, influyen como parte de un todo que condiciona la enfermedad hipertensiva; si a esto agregamos el factor hereditario, completamos la idea multifactorial en esta enfermedad, sobre todo, cuando su origen es esencial”.

La cefalea, los edemas y mareos fueron los síntomas más frecuentes. Algunos enfermos se diagnosticaron con motivo de la medición de la presión arterial, pues sus síntomas no tenían relación con la enfermedad.

Otros elementos clínicos encontrados

fueron: astenia, reforzamiento del -segundo ruido en FA, precordialgia, disnea, ansiedad, *flushing*, soplo cardíaco, zumbido de oídos, palpitaciones, visión de candelillas y epistaxis.

Las alteraciones de la retina se encontraron en 31 enfermos, en 9 de ellos la retinopatía hipertensiva fue grado II y en el resto grado I; esto demuestra lo avanzado de la enfermedad en algunos.

Si observamos el cuadro III, veremos que de acuerdo con el código de Minnesota, solamente 10 enfermos tenían

CUADRO III
ELECTROCARDIOGRAMAS SEGUN CODIGO DE MINNESOTA

Codificación	No. de casos	%	Interpretaciones
0	21	35	No codificable ECG normal
1	5	8,3	Infarto diafragmático (3) Infarto anteroseptal (2)
2,1	4	6,7	Desviación axial izq. Hemibloqueo ant. izq.
3	10	16,7	Hipertrofia vent. izq.
4	1	1,7	Desplazamiento del ST Insuficiencia coronaria
5	9	15	Ondas T negativas Insuficiencia coronaria
8,7	1	1,7	Taquicardia sinusal
8,8	2	3,3	Bradicardia sinusal
9	6	10	Fenómenos varios en reposo

Policlínico Docente Reina
Julio-dic. 1976

CUADRO IV
TELECARDIOGRAMA

Aumento del índice cardiorácico	30	50%
Aorta dilatada, ateromatosa o ambas	7	11,67%
Negativos de enfermedad cardiovascular	23	38,33%

Fuente: Policlínico Docente Reina
Julio-dic. 1976

signos de hipertrofia ventricular izquierda, mucho menos que los resultados encontrados en el telecardiograma, donde se detectó aumento del índice cardiorácico al 50% de los enfermos (cuadro IV). Queremos destacar la gran

incidencia de alteraciones electrocardiográficas sugestivas de cardiopatía isquémica (todos los que codifican como 1, 2, 4 y 5) sin manifestaciones de angina de pecho; es evidente el fenómeno causa-efecto cuando se habla

CUADRO V
PARCIAL DE ORINA

Hipertensos 60	{ Con leucocituria mayor de 8 por campo 9 (15%)	{ Con cuadro clínico de sepsis urinaria 6 (66,67%) Sin cuadro clínico de sepsis urinaria 3 (33,33%)
----------------	--	---

Fuente: Policlínico Docente Reina
Julio-dic. 1976

CUADRO VI
UROCULTIVOS

Positivos	4	6,67%
Negativos	33	55%
No realizados	23	38,33%

Fuente: Policlínico Docente Reina
Julio-dic. 1976.

de la enfermedad coronaria de los hipertensos⁷.

Las enfermedades renales en la hipertensión y su relación íntima, tiene gran interés en muchos aspectos conocidos y en otros aún no bien aclarados. Si observamos conjuntamente los cuadros V, VI y X, en los que se maneja clínicamente y por exámenes citoquímicos y bacterianos la presencia de infecciones en las vías urinarias, vemos que es frecuente dicha enfermedad en la hipertensión. Esto alerta al médico de atención primaria, que trata con frecuencia a sus hipertensos, sobre la asociación de estas afecciones. Además, en la valoración de la función renal, medido por la urea, creatina, ácido úrico y prueba de la sulfofenoltaleína, encontramos que casi la mitad del grupo (48%), tuvo una o varias de estas

pruebas alteradas. En 5 de estos pacientes se demostraron alteraciones radiográficas en el urograma descendente. En otros se encontró clínicamente sepsis urinaria. La urea en sangre fue medida por el método enzimático de Berthelot, con valores normales entre

10 y 50 mg/100cc. Las cifras de ácido úrico tomadas como normales fueron entre 3-5 mg/100cc, que son utilizadas en el laboratorio central del hospital Calixto García, donde se realizó esta prueba; la creatina normal entre 1 y 2 mg/100cc y la sulfofenoltaleína entre 60 y 75% del colorante eliminado a las 2 horas.

Los datos ofrecidos anteriormente demuestran que los pacientes con TA elevada tienen alteraciones importantes del funcionamiento renal, que a veces evoluciona inadvertidamente.

CUADRO VII
RESULTADOS DE LOS UROGRAMAS DESCENDENTES

No realizados	42
Normales	10
No útiles y no realizados por otras causas	2
Positivos	6
<i>Resultados de los positivos</i>	
— Signos de pielonefritis	2
— Ptosis renal. Uréter acodado. Dilatación del sistema calicial	1
— Múltiples calcificaciones en ambas sombras renales. Riñón esponjoso-medular	
— Quiste del polo inferior, riñón izquierdo. Cálices comprimidos	

Fuente: Policlínico docente Reina
Julio-dic. 1976

Al hipertenso es posible estudiarlo integralmente en el policlínico, hecho que ayuda a mejor conducta y a un seguimiento adecuado⁴.

Con relación al urograma descendente, encontramos algo llamativo: más de las 2/3 partes del total de nuestros enfermos no se realizaron la prueba. Las causas expuestas por la mayoría están en relación con las dificultades que confrontan al tener que trasladarse a otro centro para realizarse el examen; creemos que si a nuestros pacientes se les hubiera hecho la radiografía en el policlínico, no lamentaríamos la ausencia de este estudio, si tenemos en cuenta que de los 18 enfermos que se la realizaron, 5 de ellos, el 27,78%, tuvieron alteraciones radiográficas que explicaron la hipertensión arterial secundaria a enfermedades renales; además, en dos de estos pacientes se encontraron afecciones que condicionaron su ingreso y posterior intervención quirúrgica para nefrectomía, que mejoró en lo adelante la presión arterial (cuadro VII).

Clasificamos a los enfermos de acuerdo con los tres estadios para la hipertensión arterial aceptados por la OMS⁴.

El comportamiento de éstos es como sigue: en el I, el 41,66%, en el II, el 26,67% y en el estadio III, el 31,67%.

Durante los 6 meses estudiados, se ofrecieron 213 controles en terreno y consulta, es decir, 3,55 controles por pacientes como promedio, o sea, 1 control cada 45 días; estas cifras promedios varían según los casos, algunos más rebeldes al tratamiento, tuvieron que ser controlados en períodos más cortos, otros por el contrario con mejores resultados se controlaron más especialmente (cuadro VIII).

Se aplicó el *test* 16 PF de Cattell a 30 pacientes, de los cuales pudieron estudiarse sólo 17, ya que los restantes no fueron confiables.

A pesar de la fachada afable y serena que presentan muchos hipertensos, notamos que éstos sólo cubren actitu-

CUADRO VIII
VALORACION DINAMICA DE LA ATENCION AL HIPERTENSO

		Promedio
Controles en consulta	141	2,35 × paciente.
Controles en terreno	72	1,2 × paciente.
Inasistentes	9	0,15 × paciente.

Fuente: Policlínico docente Reina
Julio-dic. 1976

CUADRO IX
TRATAMIENTO

Diuréticos solo	10	16,67%
Diuréticos e hipotensores	45	75%
Hipotensores sin diuréticos	5	8,33%
Cambio de hipotensores	15	
Hipotensores asociados	2	

Nota: Se trató con dieta y sedantes, por lo menos, a todos los pacientes.

Fuente: Policlínico docente Reina
Julio-dic. 1976

des de conflicto y hostilidad, los cuales se reprimen con frecuencia en busca de una adaptación al medio. Encontramos en estos pacientes gran cantidad de síntomas neuróticos con tendencias perfeccionistas compulsivas, intolerancia ante la frustración, trastornos del sueño e irritabilidad. Evidenciamos, por tanto, la relación que existe entre los factores psíquicos y la hipertensión esencial, pudiendo atribuirse a síntomas de origen emocional una parte de la enfermedad de estos pacientes.

El tratamiento, en esencia, fue indicado según las normas, de acuerdo con las variaciones que tuvo su evolución, y con la aplicación de los cambios oportunamente (cuadro IX). A 15 enfermos

tuvimos que cambiar el hipotensor empleado; siempre fue su médico quien manejó las altas y bajas de la enfermedad, por tanto quien decidió su cambio. Este control estricto demuestra que el paciente comenzó a confiar en el equipo que lo atendía.

La evolución fue satisfactoria en el 90%. En el resto fue difícil el control de la presión, teniendo que recurrir en múltiples ocasiones a la consulta por crisis hipertensivas. Véase cómo esta complicación la tuvieron 18 enfermos en los 6 meses de seguimiento (cuadro X), si fue en horario de actividad del policlínico fue atendido en el mismo, si no la mayoría concurría a la

Buena evolución	54	90%
Mala evolución	6	10%
Tuvieron crisis hipertensivas	18	30%
Tuvieron asociada sepsis urinaria	12	20%

Fuente: Policlínico docente Reina
Julio-dic. 1976

consulta en los días siguientes para continuar su control.

Los resultados del hemograma, eritrosedimentación, glicemia e ionograma no aportaron datos valiosos.

El estudio del vanililmandélico en orina de 24 horas fue normal en todos los casos.

Los lípidos totales se encontraron elevados en 3 pacientes y el colesterol igual.

CONCLUSIONES

1. El lugar idóneo para el estudio y tratamiento del hipertenso es el policlínico, por ser el único centro asistencial capaz de conocer integralmente al hipertenso, como unidad biopsicosocial y ofrecerle una atención continuada por un equipo horizontal fijo.
2. Por ser la hipertensión arterial un factor de riesgo de múltiples enfermedades, y por ser su prevalencia muy elevada, constituye un problema de salud de la comunidad.
3. Es indispensable medir la presión arterial en la consulta a todos los enfermos, teniendo presente que algunos hipertensos son asintomáticos, o con síntomas muy vagos. Esto cobra mayor valor si hay factores que lo sitúan dentro del grupo de alto riesgo.
4. Hay gran incidencia de manifestaciones electrocardiográficas de cardiopatía isquémica en los hipertensos, lo que corrobora la enfermedad hipertensiva como importante factor de riesgo coronario, más razón para atenderla.
5. El urograma descendente es una investigación importante en el hipertenso y su realización debe facilitarse al enfermo ambulatorio.
6. Fueron frecuentes las manifestaciones neuróticas en los hipertensos estudiados por nosotros; elemento que justifica aún más la necesidad de estrechar la relación médico-paciente y de incrementar en el equipo de salud las habilidades en el buen manejo de esta interrelación.
7. Con una atención integral, se puede garantizar la evolución satisfactoria del hipertenso. La medicina en la comunidad lo proporciona.

SUMMARY

Nasiff Hadad, A. et al. *High blood pressure in the community*. Rev Cub Med 19: 3 1980

Patients assisted during 6 months within the sub-program of high blood pressure in two sectors of the Reina Community Polyclinic were studied. In addition to data recorded in anamnesis and physical examination radiographic, laboratory and psychological tests

were performed. Following the application of treatment they were periodically examined and their courses assessed. Community policlinic characteristics permit the integral care of patients and, in special cases, the study is completed at the hospital.

RÉSUMÉ

Nasiff Hadad, A. et al. *L'hypertension artérielle dans la communauté*. Rev Cub Med 19: 3, 1980.

Nous étudions les patients traités en consultation et compris dans le sous-programme d'hypertension artérielle, dans deux secteurs de la Policlinique Communautaire Reina, pendant une période de six mois. Outre les renseignements recueillis dans l'anamnèse et l'examen physique, nous avons réalisé des tests radiographiques, de laboratoire clinique et psychiques. Après l'application du traitement, nous avons réalisé des examens périodiques pour évaluer l'évolution. Les caractéristiques de la policlinique dans la communauté permettent le soin intégral de ces malades, et leur étude est complétée, dans certains cas spéciaux, à l'hôpital.

BIBLIOGRAFIA

1. *Macias Castro, I.* Editorial. Rev Cub Med 16: 1-8, enero-febrero, 1977.
2. *Fundamentación para un nuevo enfoque de la Medicina en la Comunidad.* MINSAP, 1976.
3. *Normas de Medicina Interna.* Editorial Científico-Técnica, La Habana, 1976.
4. *Programa de Hipertensión Arterial.* II Jornada Provincial de Medicina. La Habana. Mayo de 1976.
5. *Talso, P. J.; A. P. Romenchik.* Diagnóstico de la Enfermedad Hipertensiva. Clin Med North Am, enero, 1967.
6. *Macias Castro, I.* Estado Actual del Trabajo en el Centro 04. La Habana. Marzo de 1977.
7. *Stamler, J.* Muerte Coronaria Repentina. Clínicas Médicas de Norteamérica. Marzo 1976.