

HOSPITAL REGIONAL "MARIO MUÑOZ" COLON, MATANZAS. CUBA.

Tensión arterial: su variación en pacientes de consulta externa sin antecedentes de hipertensión arterial

Un informe preliminar

Por el Dr.:

HÉCTOR VERA ACOSTA¹⁾

Vera Aposta, H *Tensión arterial: su variación en pacientes de consulta externa sin antecedentes de hipertensión arterial. Un informe preliminar.* Rev. Cub. Med. 11: 2, 1972.

Se presenta un estudio sobre las variaciones tensionales en pacientes que carecen de antecedentes de hipertensión arterial y que muestran cifras elevadas en la primera consulta. Este trabajo se efectúa en los servicios externos de dos unidades de salud pública. Se valoran en las cifras tensionales, tanto de la primera como de la segunda consulta y se relacionan las mismas de acuerdo con el sexo y la edad de los pacientes. Se destacan como factores que influyen en estas alteraciones: las largas esperas de los pacientes en nuestra regional y la visita a un médico para ellos desconocido. Se señala lo inadecuado que resulta referir las cifras tensionales obtenidas en una primera consulta e imponer tratamiento según sus valores. Se señala el empleo del término "hipertensión lábil", sin prejuzgar el valor de su uso y se analiza brevemente su concepto sin proceder, como es lo aconsejable, a una observación más prolongada.

INTRODUCCION

Sin duda, son muchos los factores que intervienen en los valores de las cifras tensionales y que no permiten con exactitud llegar en una sola toma a su positiva determinación si no median otras comprobaciones, ya que son constantes las variaciones que se registran en la mayoría de los casos.¹

Particular importancia presenta el "stress", como pudo comprobarlo Nestel² valorando la relación entre la presión sanguínea y la cifra de catecolaminas, aunque la acción de esta última es cuestionable para Mondlowits y col³ en su revisión.

Estas variaciones de las cifras tensionales fueron comprobadas por Dunne⁴ en diferentes consultas, mediante estudios que

realizó, aunque mucho antes lo habían referido Armitage y Rose⁵ al determinar las formas inestables o cambiantes que se producen en pacientes normotensos.

En presencia de todos estos elementos, cuya importancia y conocimiento no deben ser ignorados ya que trazan pautas, y que constituyen laudables esfuerzos y ofrecen valiosas enseñanzas, hemos tratado de agrupar, en esta comunicación a pacientes que, por una u otra circunstancia razonable a veces y en otras ocasiones no, concurren a nuestra consulta externa, observándose que sobrepasan en sus cifras tensionales a las que en las Normas de Medicina Interna,⁶ son consideradas como normales y sin que existiera en ellos previos antecedentes de hipertensión arterial.

La finalidad de este trabajo es la de mostrar, mediante las pruebas efectuadas, los resultados que se han derivado de las mismas.

¹ Especialista de Primer Grado en Medicina Interna, Jefe del Departamento de Medicina, Hospital regional "Mario Muñoz", Colón, Matanzas, Cuba.

¹ Jefe del Dpto. de Medicina Interna.

PACIENTES Y METODOS

Se procede a la revisión de las historias clínicas de los pacientes tratados en consulta externa en los policlinicos regional e integral del Este, desde febrero hasta agosto del mismo año, desglosándose las de aquellos que han mostrado cifras tensionales diastólicas por encima de 90 mm de Hg (menores de 50 años) y de 100 mm de Hg (mayores de 50 años) en la primera visita.

El método seguido para la toma de la presión arterial fue el auscultatorio hasta la desaparición del ruido, utilizándose un esfigomanómetro anaeroide con descompresión lenta de cinco en cinco mm de Hg hasta llegar a la debida comprobación y realizándose la misma en decúbito supino después de efectuada la anamnesis.

Se utilizaron 20 pacientes para la realización de la prueba, de los cuales trece correspondían al sexo femenino y siete al masculino, cuyas edades fluctuaban entre los 21 y 61 años respectivamente.

El siguiente chequeo tensional se registró mediante un espacio de tiempo, entre unos y otros pacientes, de 15 y 30 días, sin que observaran tratamiento alguno.

A todos ellos se les hicieron los exámenes que se consideraron indispensables.

Es de tenerse en cuenta, como algo que influye en el estado tensional, la prolongada espera de los pacientes antes de llegar el médico.

RESULTADOS

Los resultados se traducen en el cuadro I y en las figuras Nos. 1 y 2.

CUADRO No. 1

PACIENTE No.	EDAD (Años)	SEXO	TENSION ARTERIAL			
			Primera Consulta		Segunda Consulta	
			Mx.	Mn.	Mx.	Mn.
1	41	F	150	100	110	70
2	61	M	160	105	150	90
3	40	F	160	100	150	85
4	30 *	F	150	100	140	85
5	49	M	140	90	130	80
6	51	F	190	100	140	90
7	48	F	160	120	160	85
8	52	F	150	100	160	95
9	24	F	150	100	140	80
10	21*	M	160	110	120	85
11	28.	F	140	100	120	80
12	60	M	150	100	160	95
13	37	F	150	100	110	85
14	24*	F	150	110	130	80
15	49	M	170	110	150	85
16	60	M	160	100	160	90
17	51	M	150	100	120	80
18	24	F	140	100	140	85
19	49	F	210	130	170	85
20	50	F	160	100	140	80

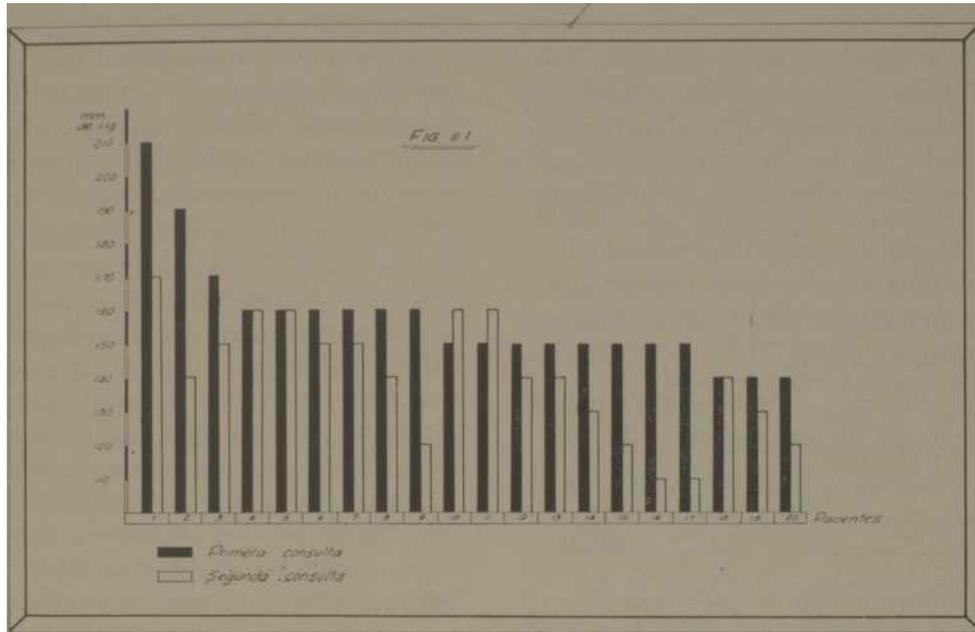


Fig. 1.—Gráfica a columnas donde se puede observar las variaciones en las cifras sistólicas entre las dos consultas.

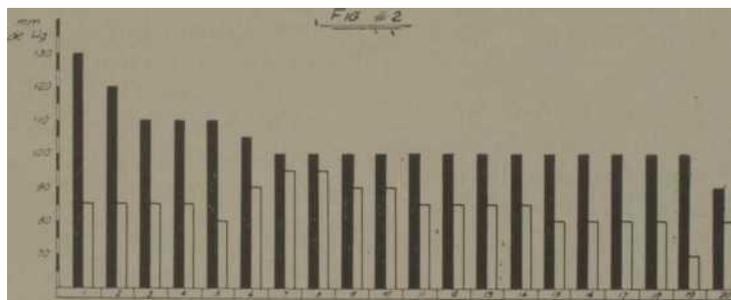


Fig. 2.—Gráfica a columnas en la que se aprecian las oscilaciones en las cifras diastólicas entre las dos consultas■

Durante los seis meses en que se realizó esta labor fueron tratados 270 nuevos pacientes entre los que habían 20 que en la primera consulta mostraron cifras por encima de las normales: en ninguno existían datos de padecer hipertensión arterial y fue por esta circunstancia que los utilizamos a los efectos de este ensayo, ofreciendo como promedio del total de los casos nuevos un 7.4%, perteneciendo, como ya dejamos apuntado, 13 al género femenino con un 65% y siete al masculino con un 35%.

La cifra sistólica más elevada fue de 210 mm de Hg y la diastólica de 130.

La disminución mayor de la tensión sistólica resultó ser de 50 mm de Hg. En dos no experimentó variación alguna V en uno se elevó en 10 mm de Hg. La tensión diastólica tuvo una baja de 35 mm de Hg como máximo y de 5 como mínimo, es decir, en todos los casos regresó a límites normales.

DISCUSION

En el control del organismo de los valores de las cifras tensionales, se ponen en función diversos factores, entre los que se manifiestan: gasto cardíaco, volemia, resistencia periférica, viscosidad sanguínea y elasticidad de las paredes arteriales, predominando en todos la influencia del sistema nervioso central en último extremo, aunque ya se ha señalado, por otra parte, la existencia de pacientes portadores de hipertensión lábil, a los que *Safer* y col⁷ le han asignado las condiciones de "sujetos hallados hipertensos en la toma fortuita de la presión arterial, en el curso de una consulta con las precauciones habituales; luego en la consulta siguiente, sean sujetos considerados como normotensos, pero presentando un test al frío o al esfuerzo netamente positivo; sean sujetos considerados hipertensos permanentes, en los que

se ha visto revertir espontáneamente las cifras de tensión arterial a lo normal al cabo de 2, 3 ó 4 días de hospitalización"

Esta cuestión se simplifica aun más Por *Nestel*,² quien otorga este diagnóstico de hipertensos lábiles a aquellos pacientes de consulta externa que tengan por lo menos dos lecturas de 160/100 o superiores, y una de 140/90 o inferior registradas en oportunidades en que hayan mediado días de separación.

Si tenemos en cuenta el criterio de *Safer* y col⁴ debemos conceptuar a nuestros pacientes como hipertensos lábiles. Sin embargo, para *Nestel*² no resultan serlo, aunque es de señalarse que en su mayor parte sólo fueron chequeados dos veces, lo que no permite llegar a conclusiones definitivas, ya que para ello se requiere un mayor tiempo de prueba.

En otro sentido, como resultado de la práctica diaria realizada de conformidad con los métodos terapéuticos modernos⁸⁽¹⁰⁾ constituye un error la aplicación de tratamientos iniciales por lo que se ha indicado la duda respecto a las cifras tensionales en las que se debe de instituir tratamiento.¹¹

Se ha establecido que el "stress", como causa de variaciones tensionales, propende a la hipertensión fugaz en lo que concierne a la cifra sistólica,¹² mientras que el ejercicio sistemático conlleva a la disminución en cuanto a la diastólica.¹³

En la revisión de *Rose* y col,¹ además de las causas anteriormente citadas, se señalan otras que pueden afectar las cifras tensionales verdaderas, tales como la posición del sujeto y del brazo, la temperatura que impere en la habitación, la estación del año y algunas más que sin estar todavía determinadas pueden influir igualmente en este sentido.

En el trabajo de control realizado por *Nestel*² que ya hemos citado, en el grupo de normotensos y en el de hipertensos

lábiles se hallaron variaciones más evidentes en las cifras diastólicas: 15% y 26% de elevación respectivamente sobre las cifras basales, relacionándolas con la liberación de catecolaminas producida® por el "stress", aunque no niega la acción del gasto cardíaco, como han podido confirmarlo *Safer* y col.⁷

En nuestro estudio, partiendo de estados de "stress" intensos a ligero y en un orden inverso al trabajo antes referido, la disminución tuvo una variación entre un 26.9% a un 5% en la cifra diastólica, haciéndose notar que la baja se registró en todos; no resultó igual con la tensión sistólica, ya que dos casos Presentaron elevación del orden de 10 mm de Hg. En sentido general, el descenso de las cifras tensionales se produce con más evidencia en la diastólica que en la sistólica. Otros autores¹⁰ han llamado la atención sobre la normalización de las cifras tensionales al desaparecer las motivaciones de "stress".

En lo que respecta a la edad, se destaca mayor incidencia de hipertensos lábiles en personas jóvenes.⁷ En nuestro grupo de estudio, por el contrario, la mayoría excede de los 36 años y aunque tal cosa pudiera ser apreciada como una contradicción de lo expuesto, no lo establecemos con esa intención, sino más bien, como un hecho que merece ser considerado y por ello estimamos oportuno su señalamiento.

Es algo que ha sido comprobado y así lo demuestra *Boyle*¹⁴ en un estudio epidemiológico, que las cifras tensionales tienden a elevarse con la edad, siendo más significativo este incremento en las sistólicas, con tendencia de estabilización de las diastólicas a medida que progresa a edad. Lo primero lo hemos confirmado en nuestras investigaciones, pero no así lo segundo debido a las constantes varia-

ciones que se han registrado en las mismas.

Por la índole de nuestro trabajo, no hemos podido determinar los factores que intervienen y pudieran propiciar estas variaciones, al objeto de arribar a conclusiones que en realidad se hacen necesarias.

En lo relativo al sexo, el 65% de los pacientes que tratamos corresponden al femenino, pero tal cosa la relacionamos por la composición general de nuestra consulta externa, aunque debemos destacar que *Boyle*¹⁴ en su estudio ya referido, captó cifras tensionales superiores en mujeres que en hombres. (Este ensayo lo realizó en el seno de una gran comunidad).

Aunque nuestro estudio no abarca una casuística extensa, no resulta en cambio óbice para que podamos alertar sobre los errores que se pueden cometer si aceptamos como evaluables los datos que nos proporcione una primera consulta.

CONCLUSIONES

Sabemos que la cantidad de casos presentados no resulta estadísticamente significativa, pero no por ello dejaremos de establecer y de recomendar al mismo tiempo, que no se tomen como base para la aplicación de tratamientos, por lo que de perjudicial resultaría para el paciente; las cifras tensionales halladas en la primera consulta, no se deben considerar sin ulteriores comprobaciones, ya que es posible que en la segunda se capten las variaciones experimentadas y en algunos casos lleguen a ser normales.

Debemos señalar la situación de "stress" que significan las largas esperas en los salones de los servicios externos en nuestra regional, así como la visita a un médico desconocido al que ha sido remitido el paciente, ya que son

causas que influyen en la elevación de las cifras tensionales. De estos factores, estimamos que el segundo resulta más importante.

En cuanto a la edad se reafirma el criterio de la elevación tensional con el aumento de la misma.

Entre los casos estudiados el mayor porcentaje corresponde al sexo femenino.

En lo que se refiere al concepto de la hipertensión lábil, se precisa y se sugiere un seguimiento más prolongado, mediante el cual se pueda llegar a una mejor y más exacta comprobación.

SUMMARY

Vera Acosta, H. *Arterial tension: its variation in out-patients without arterial hypertension, showing high figures when first seen.* Rev. Cub. Med. 11: 2, 1972.

This work is made in the external services of two Public Health Units. Tension figures from first and second consultation are evaluated and are correlated according to sex and age of patients. The following factors influence these alterations: firstly, the patient's prolonged waiting period in our Region and secondly, the visit to an unknown physician. The inadequacy resulting from reference of obtained tension figures at first consultation and institution of treatment depending on values is suggested. Use of term "labile hypertension" without prejudging the value of its utilization is indicated and is analyzed briefly its concept without taking a longer observation period, as it is advised.

RESUME

Vera Acosta H. *Tensión artérielle: sa variation chez patients traités en consultation externe sans antécédents d'hypertension artérielle. Un rapport préliminaire.* Rev. Cub. Med. 11: 2, 1972.

L'auteur présente une étude sur les variations de la tension chez patients traités en consultation externe qui n'avaient pas d'antécédents d'hypertension artérielle, lesquels non-trent chiffres élevés à la première consultation. Ce travail, est fait dans les services externes de deux unités de la Santé Publique. On valore les chiffres de tension, tant de la première que de la seconde consultation et on met en rapport celles-ci tenant compte du sexe et de l'âge du patient. On souligne les facteurs qui influencent sur les altérations: une longue attente du patient dans notre secteur et un rendez-vous avec un médecin inconnu pour eux. On remarque qu'on ne doit référer les chiffres de tension obtenus dans une première consultation ni imposer un traitement d'après leurs valeurs. On souligne l'emploi du terme "hypertension labile" sans préjuger la valeur de son utilisation et on analyse brièvement le concept sans procéder comme il faut dans une observation plus large.

FE3IWE.

Bapa AKOCTa 3. ífeMeHejuifi apTepitaJEbHoro flaaneHEH y nacHeHTOB tíe3 npeiDEecTBynniix HBJieHHñ apTepuajiMoñ rmiepTeH3ioi. IpesBapHTe^BHoe cootímerae; Rev. cub. Med. u; 2, 1972.

IlpHBOOTTCH HccJieflOBaHHe HSMeHemaS flaBJieHZH y namieHTOB Óe3 npeji- mecTsyHiiiHx *amenm* aprepHajiBHofi nmepTeH3HJi,ii noKa3HBajnpX iioy- meHHHe BejnrazHH npa nepBOM OCMOTpe.3TO HccJiesoBaraie BejtéTCH b ot- jiejiax BHemHero oócijyxHBAHHH jroyx yqpejmenaií 3çipaB00xpaHema<, Oije- HUBaSTCH HanpHSeHEH, TaK npz nepBOM KaK npH BTOPOM OCMO— Tpe.H 06a epaBHHBabTeH UMen b Bímý noji u B03pacT nartzeHT0B.yKa3H- BaeTCH Ha jiojiope orajaHHe h Ha noceimie He3HaKOMoro spana, KaK \$aKTu BjdHKiuHe Ha 3tu H3MeHeHHH. OTMe^aeTcn Heuejiec00(5pa3HOCTi> no- CTaBKH MeTo^a Jie^eHHH Ha OCHOBe Bejypara jiaBJieHHH,n0JiyqeHHHX npH nepBOM OCMOTpe.yKa3HBaeTCH Ha noHTTue "jiaTímiBHoe HanpsxeHHe" h ot- MenaicH HeotíojniMOCTB tíojiee jiojiroro HaÓjreifeHHH,Korja HMeetCH B BUJiy 3TOT TepMHH.¹

BIBLIOGRAFIA

1. —Rose, G. A., *et al.*: A Sphygmomanometer For Epidemiologists. *Lancet* 1: 296-300, 7328, 1964.
2. —Nestel, P. J.: Blood - pressure and Catecholamine Excretion After Mental Stress in Labile Hypertension. *Lancet* 1: 692-694, 1969.
3. —Mendlowitz, M. *et al.*: Catecholamine Metabolism In Essential hypertension. *Ain. Heart J.* 79: 401-407, 3, 1970.
4. —Dunne, J. F.: Variation of Blood - pressure in untreated Hypertensive Outpatients. *Lancet* 1: 391-392, 1969.
5. —Artitage, P. and Rose, G. A., citado por Dunne, J. F.
6. —Normas de Medicina Interna pp. 69. Instituto Cubano del Libro. La Habana, 1970.
- j.—Safar, M. J., *et al.*: Etude Hémodynamique de L'hypertension Artérielle Labile. *La Presse Médicale* 78: 111-114, 3, 1970.
8. —Brest, A. N. *et al.*: Mechanisms of Antihypertensive Drug Therapy. *J.A.M.A.* 211: 480-484, 3, 1970.
9. —Veterans Administration Cooperative Study Group on Antihypertensive Agents. Effect of Treatment on Morbidity in Hypertension. *J.A.M.A.* 213: 1143-1152, 7, 1970.
10. —Gombri, P., And¹ Haldor, A.: Modern Clinico-Pharmacological Trends in The Treatment of Hipertensión. *Ttoerapia Hungarica. Hung. Med. J.* 16: 143-152, 4, 1968.
11. —The Lancet.: Screening for Hypertension. *Lancet.* 1: 299, 1970.
12. —Wolff, H. P.: Diagnóstico diferencial de la hipertensión esencial. *Prog. Patol. Clin. XVI*: 57-74, 1, 1969.
13. —Boyer, J. L., and Krasch, F. W.: Exercise Therapy in Hypertensive Men. *J.A.M.A.* 211: 1668-1671, 10, 1970.
14. —Boyle, E. Jr.: Biological Patterns in Hypertension by Race, Sex, Body Weight, And Skin Color. *J.A.M.A.*, 213: 1637-1643, 10, 1970.