

## *Modelo experimental de un programa de salud nacional para la atención integral del paciente con hipertensión arterial<sup>1</sup>*

Por el Dr.: IGNACIO MACÍAS CASTRO<sup>2</sup>

Maeias Castro, I. *Modelo experimental de un programa de salud nacional para la atención integral del paciente con hipertensión arterial*. Rev Cub Med 14: 1, 1975.

Se describe la estructura y organización de un Programa para la atención médica integral de los hipertensos. En la encuesta inicial realizada en el Programa, la frecuencia de la hipertensión en la población de más de 15 años fue de 15,4%. Otros estudios de prevalencia realizados en Cuba han arrojado cifras similares. Se calcula que para una población de 8 millones y medio de habitantes que tiene el país, debe haber unos 800 000 hipertensos. En el programa se han utilizado los criterios de la OMS para la clasificación y estudio de los casos, y algunos de los modelos que dicha organización recomienda. Se establecen las normas y criterios para considerar un caso como portador de hipertensión, así como para el estudio de este tipo de pacientes en el policlinico y en el hospital. La atención médica integral incluye medidas de prevención prima y secundaria y terciaria con una concepción biopsicosocial de los pacientes. El programa se desarrolla con la estructura y organización del policlinico y la participación de todo el equipo de salud del mismo sin la creación de consultas especializadas para los hipertensos. El control de los inasistentes se apoya en las organizaciones de masa: CDR y FMC, las cuales lograron incluirlos a menos del 10%. Como objetivos complementarios se plantean las investigaciones que<sup>1</sup> se deben realizar en nuestro país sobre el problema de hipertensión arterial.

### CONTENIDO

#### 1 — *Introducción*

- 1.1 Datos sobre mortalidad por hipertensión arterial.
- 1.2 Datos sobre mortalidad por hipertensión arterial.
- 1.3 Importancia del problema.

#### 2 — *Objetivos*

- 2.1 Generales.
  - 2.1.1 Disminuir la morbilidad por hipertensión arterial en la comunidad.
  - 2.1.2 Descubrir en la comunidad a las personas que padecen de hipertensión arterial para someterlas a una atención médica integral y disminuir la mortalidad por dicha afección.

---

<sup>1</sup> Trabajo presentado en el VII Congreso Mundial de Cardiología celebrado en Buenos Aires, Argentina, del 1 al 7 de septiembre de 1974, en la Sección de Cardiología en la Comunidad.

## 2.2 Específicos.

### 2.2.1 Aplicar las medidas de prevención primaria.

#### 2.2.1.1. Promoción de salud.

2.2.1.1.1. Folleto sobre qué es la hipertensión arterial y medidas de prevención primaria que se recomiendan.

2.2.1.1.2 Audiencias sanitarias sobre el tema (CDR).

2.2.1.1.3 Divulgación por la prensa y televisión.

#### 2.2.1.2 Protección específica.

2.2.1.2.1 Aplicar las medidas de prevención primaria en la comunidad.

2.2.1.2.2 Estrecha vigilancia sobre los casos clasificados como que tienen un alto riesgo para padecer de hipertensión.

### 2.2.2 Aplicar las medidas de prevención secundaria.

#### 2.2.2.1 Diagnóstico de la hipertensión arterial.

2.2.2.1.1 Establecer un criterio sobre cuándo vamos a considerar que se padece de hipertensión arterial en los distintos grupos de edad y sobre las etapas o estadios de la misma.

2.2.2.1.2 Encuestar periódicamente la comunidad en las distintas áreas de salud para descubrir a los hipertensos.

2.2.2.1.3 Establecer las normas para el estudio mínimo del hipertenso en el policlínico.

2.2.2.1.4 Establecer las normas para la remisión del hipertenso al hospital para realizarle estudios más complejos y costosos.

2.2.2.1.5 Establecer las normas para el estudio del hipertenso en el hospital.

2.2.2.1.6 Establecer la incidencia y la prevalencia de la hipertensión esencial y secundaria en nuestro país.

2.2.2.1.7 Confeccionar los modelos para las encuestas y estudio de estos casos.

#### 2.2.2.2 Tratamiento de la hipertensión arterial.

2.2.2.2.1 Establecer las normas para el tratamiento de la hipertensión crónica en el policlínico y en el hospital.

2.2.2.2.2 Establecer las normas para el tratamiento de las crisis hipertensivas.

2.2.2.2.3. Establecer un método de control de los inasistentes por los Comités de Defensa de la Revolución (CDR) y la Federación de Mujeres Cubanas (FMC).

2.2.2.2.4 Establecer un método de educación del hipertenso para que se mantenga ligado permanentemente al policlínico.

2.2.2.2.5 Establecer un método de educación a los médicos del policlínico que les permita la comprensión y aplicación del Programa.

### 2.2.3 Aplicar las medidas de prevención terciaria (rehabilitación).

2.2.3.1 Establecer las normas para determinar la cantidad de ejercicio físico que puede realizar, de forma que se hagan los ajustes necesarios que le permitan continuar trabajando.

2.2.3.2 Establecer las normas para determinar el grado de tensión emocional permitida, para hacer los ajustes que le permitan continuar trabajando.

2.2.3.3 Establecer lista de trabajos o labores que no podrán realizar para poder reintegrarlo a su trabajo.

2.2.4 Establecer los pasos y metodología a seguir para la aplicación del Programa en escala nacional.

## 2.3 Complementarios.

- 2.3.1 Investigaciones.
  - 2.3.1.1 Sobre los patrones psicológicos de los pacientes hipertensos y sobre tipos de personalidad encontrados.
  - 2.3.1.2 Sobre el papel de la herencia en hipertensión esencial.
  - 2.3.1.3 Sobre los factores sociales que pueden haber influido en el desarrollo de la enfermedad.
  - 2.3.1.4 Sobre mortalidad por hipertensión arterial en nuestro medio.
  - 2.3.1.5 Sobre la llamada hipertensión arterial lábil.
- 2.3.2 Impulsar el desarrollo del estudio humoral del hipertenso.

### 3 — Organización

- 3.1 Audiencias sanitarias (CDR).
- 3.2 Divulgación.
- 3.3 Encuesta inicial.
- 3.4 En el policlínico.
- 3.5 Director del Programa. Funciones.
- 3.6 Control de inasistentes.
- 3.7 Funciones de los Comités de Defensa de la Revolución (CDR).
- 3.8 Funciones de la Federación de Mujeres Cubanas (FMC).
- 3.9 Enfermeras de terreno.
- 3.10 Funciones de las psicólogas.
- 3.11 Encuesta psicosocial a los inasistentes.
- 3.12 Cómo se entra y se sale del Programa.
- 3.13 Necesidades mínimas materiales.
- 3.14 De la Comisión de hipertensión.

### 4 — Evaluación

- 4.1 Regional (responsable de medicina interna regional). Evaluará:
  - 4.1.1 Población encuestada en el área y número de hipertensos encontrados.
  - 4.1.2 Porcentaje de inasistentes en el área.
  - 4.1.3 Encuestas psicosociales realizadas.
  - 4.1.4 Audiencias sanitarias celebradas en el área.
  - 4.1.5 Número de CDR que controlan el Programa.
  - 4.1.6 Número de casos con control de su presión arterial en el área.
- 4.2 Provincial (Grupo Provincial de Medicina Interna). Evaluará:
  - 4.2.1 Población encuestada en las regiones y número de hipertensos encontrados.
  - 4.2.2 Porcentaje de inasistentes por región.
  - 4.2.3 Encuestas psicosociales realizadas por región estableciendo causas de inasistencias.
  - 4.2.4 Audiencias sanitarias celebradas por regiones.
  - 4.2.5 Número de CDR que controlan el Programa por regiones.
  - 4.2.6 Número de casos con control de su presión arterial por regiones.
  - 4.2.7 Mortalidad en las regiones por hipertensión arterial.
- 4.3 Nacional (Grupo Nacional de Medicina Interna). Evaluará:
  - 4.3.1 Población encuestada por provincias y número de hipertensos encontrados.
  - 4.3.2 Porcentaje de inasistentes por provincia.
  - 4.3.3 Encuestas psicosociales realizadas por provincia estableciendo causas de inasistencias.
  - 4.3.4 Audiencias sanitarias celebradas por provincia.
  - 4.3.5 Número de CDR que controlan el Programa por provincia.
  - 4.3.6 Número de casos con control de su presión arterial por provincia.

- 4.3.7 Mortalidad en las provincias por hipertensión arterial.
- 4.3.8 Control del reporte anual por regiones y provincias.
- 4.4 Por la Comisión.
  - 4.4.1 A los cinco años demostrar la disminución de la mortalidad, por hipertensión arterial, en las áreas donde funciona el Programa.
  - 4.4.2 A los cinco años demostrar una disminución de las complicaciones de la hipertensión arterial (insuficiencias renal y cardíaca, accidentes cerebrovasculares, infarto del miocardio), en las áreas donde funciona el Programa.

#### INTRODUCCION

La hipertensión arterial constituye un problema de salud importante en nuestra patria, ya que la padece alrededor del 15% de las personas mayores de 15 años de edad. Ello hace suponer que para una población de 8 500 000 habitantes debemos tener unos 800 000 hipertensos. Debido a ella, el Grupo Nacional de Medicina Interna del Ministerio de Salud Pública (MINSAP) creó una Comisión para que estudiara la situación de la hipertensión en el país y recomendara las medidas que estimara necesarias. Se trata de una Comisión multidisciplinaria en la que están representados internistas, cardiólogos (Instituto de Cardiología), nefrólogos (Instituto de Nefrología), medicina nuclear (Instituto de Oncología y Radiobiología), psicólogos, trabajadores sociales, estadísticos, epidemiólogos, radiólogos, fisiólogos, psiquiatras y bioquímicos (Centro Nacional de Investigaciones Científicas: CENIC).

La Comisión consideró que una valoración completa del problema podía hacerse mediante la confección de un Programa de Salud que se aplicaría, en forma experimental, en un área para considerar posteriormente su posible extensión a la nación. En el Programa se contempla brindar atención médica integral al hipertenso, entendiéndose por tal, que el mismo debe abarcar los aspectos siguientes: promoción de salud, protección específica, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, todo ello basado en una concepción biopsicosocial del ser humano. La Comisión trabajó dentro de los

principios fundamentales de nuestra Organización de Salud Pública, contemplándose:

1. Que lo fundamental es prevenir las enfermedades.
2. Que todo programa tiene que ajustarse a la estructura de la organización que va del nivel central, al provincial, regional, área de salud y sectores.
3. Que el eje del Programa es el policlínico del área de salud, con cuyos recursos y organización tiene que funcionar el mismo. Es decir, que no puede crearse dentro del policlínico una estructura especial para la hipertensión.
4. Que la medicina en la comunidad tiene que apoyarse, para su desarrollo y funcionamiento, en las organizaciones de masa, que representan en nuestro país la comunidad organizada, como son: los Comités de Defensa de la Revolución (CDR) y la Federación de Mujeres Cubanas (FMC).

Asimismo, se consideró que las investigaciones constituyen el complemento de todo programa de salud. Se tomó como base el Programa de Hipertensión, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), cuyos criterios y modelos se han utilizado, habiéndose solicitado la asesoría de la OPS/OMS. El Programa fue confeccionado a medida que se aplicaba en el área de salud del policlínico

“Carlos J. Finlay” del regional Marianao en la ciudad de La Habana (Esquemas 1 y 2).

*Morbilidad en hipertensión arterial:* Las estadísticas sobre la frecuencia de la hipertensión arterial varían de unos trabajos a otros. Ello depende de las cifras que se tornea como normales.

*Laragh*<sup>1</sup> señala que afecta al 20% de la población adulta. *Finnerty* en una muestra de 6 480 personas reporta el 14%.

En Cuba, del Instituto de Cardiología, en una encuesta que realizaron *Castellanos* y *Yee*<sup>3,4</sup> obtuvieron el 10,1% en mayores de 21 años, utilizando como cifras 160 y 100. Del propio Instituto, *Dueñas*<sup>5</sup> reporta una prevalencia de 16,3% en encuesta realizada en un centro de trabajo. Utilizó 160 y 95 personas en edades comprendidas entre 17 y 69 años.

En la encuesta de prevalencia de este Programa, en 6 635 personas mayores de 15 años, encontramos el 15,4%. Las cifras tomadas fueron las que recomienda la OMS en su Programa de Hipertensión (ver criterios para hipertensión).

*Mortalidad por hipertensión arterial:* La mortalidad debida a hipertensión es difícil de expresar en cifras exactas. En Cuba, los casos dados como muerte por Enfermedad Hipertensiva (A82) han sido los siguientes: 1969, el 2,9% del total de muertes anuales; en 1970, el 2,6%; en 1971, el 2,3% y en 1972, de un total de 48 827 muertes habidas en el país, le correspondió el 2,5%.<sup>6</sup> A estas muertes habría que añadirle los certificados de defunción en que la muerte se atribuye a enfermedad cerebrovascular, enfermedad isquémica del corazón, insuficiencia cardíaca o insuficiencia renal, pero en los cuales la hipertensión jugó el papel principal. En el año 1972 tuvimos en nuestro país, que del total de muertes: 48 827, el 17,7% correspondió a enfermedad isquémica del corazón, y el 9,1% a enfermedades cerebrovasculares.

Si aceptáramos que alrededor de la mitad de los casos que mueren de enfermedad isquémica del corazón tienen hipertensión, y que aproximadamente la mitad de las hemorragias intracraneales y trombosis cerebrales también la padecen, la mortalidad por hipertensión arterial se elevaría a un 15% del total de muertes anuales.

*Importancia del problema:* como vemos pues, la hipertensión arterial representa una de las afecciones que provoca mayores morbilidad y mortalidad en la población. En nuestro país, para una población estimada de 8 500.000 habitantes, tendríamos unos 800 000 hipertensos en población mayor de 15 años. Se pondrían calcular unas 5 000 muertes en el año debidas a la hipertensión arterial.

En un área de salud, solamente la mitad de los hipertensos saben que padecen la enfermedad, y sólo del 10 al 20% reciben tratamiento adecuado.<sup>7</sup>

En la encuesta de prevalencia que hicimos al comienzo de este Programa encontramos que el 30% desconocían que padecían de hipertensión. De los que sabían que eran hipertensos se trataba el 55,8%; de estos casos con tratamiento, sólo estaban controlados el 41 %. Por tanto, del total de hipertensos de la muestra encuestada, que ascendían a 1 026, solamente el 15,9% recibían los beneficios del tratamiento que se utiliza en la hipertensión.

#### *Objetivos generales*

*Disminuir la morbilidad por hipertensión arterial en la comunidad:* Para disminuir la frecuencia de una enfermedad es necesario aplicar las medidas de prevención primaria, y esto sólo puede lograrse en una forma efectiva cuando se conoce exactamente el mecanismo de producción del proceso en cuestión, es decir, su etiopatogenia. En materia de hipertensión, el 90% de los casos son esenciales o primarias,<sup>8</sup> y no se conoce todavía el me-

canismo de producción de esta enfermedad, por tanto, la prevención primaria no brinda grandes resultados. A pesar de ello se recomiendan algunas medidas que pueden ser útiles y que desarrollaremos mis adelante.

*Descubrir en la comunidad las personas que padecen de hipertensión arterial para someterlas a una atención médica integral y disminuir en esa forma la mortalidad por esta patología:* El diagnóstico precoz de la hipertensión arterial, establecer la causa y aplicar un tratamiento, es un proceder que disminuye la mortalidad por esta enfermedad. En el caso de la hipertensión esencial (90%) de los hipertensos, al controlar las cifras de presión llevándolas a los niveles normales para la edad del paciente, se produce una disminución de las complicaciones, y por tanto de la mortalidad (7,9). En cuanto a las hipertensiones secundarias (10% de los casos), muchos de ellos pueden curar con la cirugía: coartación de la aorta, estenosis de arteria renal, al do terrorismo primario, feocromocitoma, nefropatía unilateral. Cushing.

#### *Objetivos específicos*

*Medidas de prevención primaria* (Esquema 3).

##### *Promoción de salud.*

*Folletos sobre qué es la hipertensión arterial y medidas de prevención primaria que se recomiendan:* En el instructivo que se reparte a los hipertensos, a los dudosos y a los clasificados como de alto riesgo, se señalan cuáles son las medidas de prevención primaria y se explica en qué consiste la hipertensión y lo que produce. Debe irse repartiendo por toda el área de salud, en las visitas que se hacen para la encuesta y para los inasistentes, así como en las audiencias sanitarias.

Las audiencias sanitarias sobre el tema, explicarán el folleto entregado. El que dirige

la audiencia leerá el folleto e irá haciendo aclaraciones de los párrafos invitando a que le hagan preguntas. En las audiencias se proyectarán diapositivas que muestren a los encuestadores tomando la presión en las casas, un corazón, un riñón un cerebro con lesiones, la toma de un electrocardiograma. Si las condiciones lo permiten se proyectará una película que existe al efecto.

*Divulgación por la prensa y ya televisión:* Corresponde a la Comisión brindar esta información con la frecuencia que aparece en el epígrafe Organización. Hemos utilizado por radio. Revista Semanal de los Domingos en Reloj Nacional y el espacio Gencia y Salud, de la televisión, los viernes por la noche.

#### *Protección específica*

*Aplicar las medidas de prevención primaria en la comunidad:* Se recomiendan las siguientes medidas de prevención primaria: comer con poca sal. mantenerse en su peso ideal,<sup>14</sup> combatir adecuadamente las enfermedades del riñón, y la angina estreptocócica. suprimir los estados de tensión emocional mantenidos, hacer ejercicios físicos diariamente, no fumar y combatir las hiperlipidemias (estos dos últimos como factores de riesgo de aterosclerosis, la cual puede llevar a la hipertensión).<sup>11</sup>

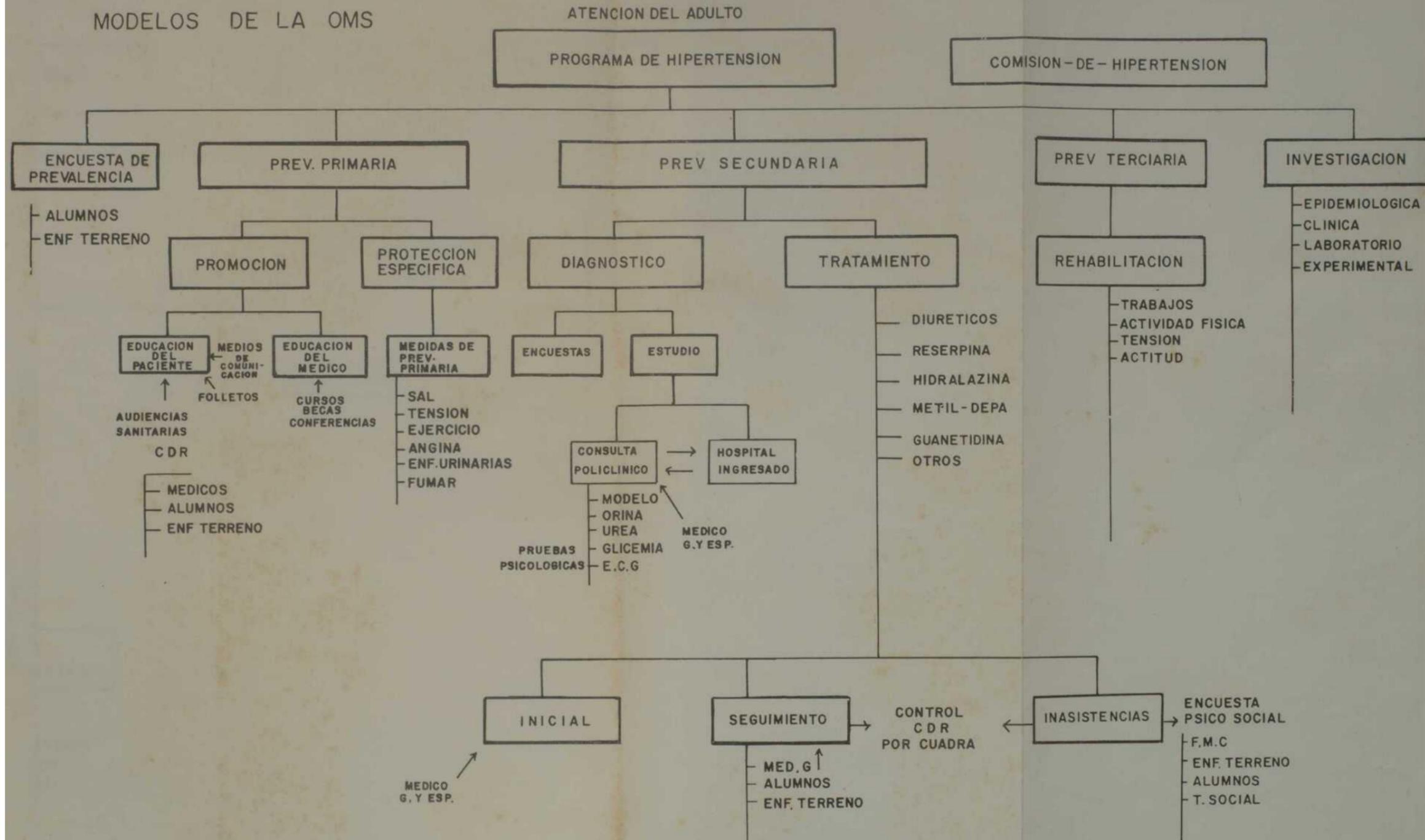
*Estrecha vigilancia sobre los casos clasificados como que tienen un alto riesgo para padecer de hipertensión:* Se clasifican como tales los que han presentado crisis hipertensivas. las mujeres que han tenido elevación de la presión durante un embarazo, las personas con padecimientos renales, tales como cólicos nefríticos, historia de infección, o que han tenido padres o hermanos con riñones poliquísticos o feo- cromocitoma.<sup>11</sup>

*Medidas de prevención secundaria:* (Esquema 4).

##### *Diagnóstico de la hipertensión arterial.*

CRITERIOS DE LA OMS

MODELOS DE LA OMS



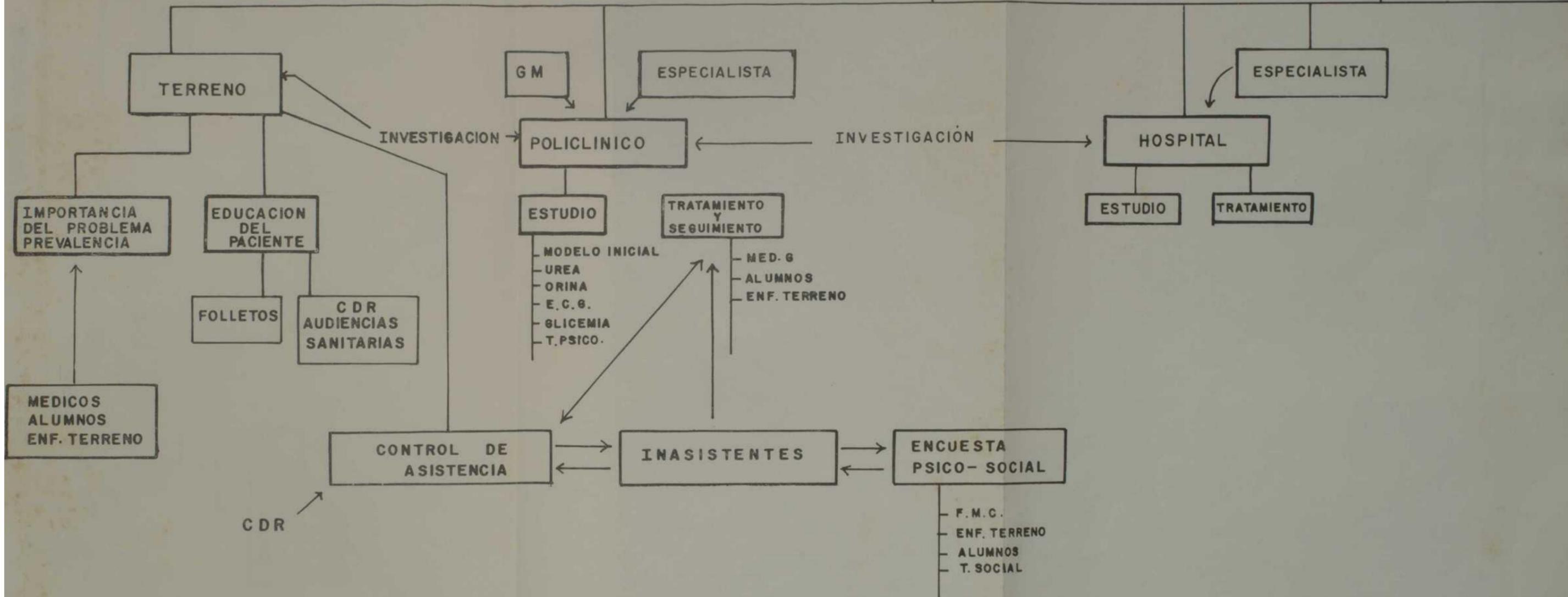
Esquema 1

CRITERIOS DE LA OMS  
MODELO DE LA OMS

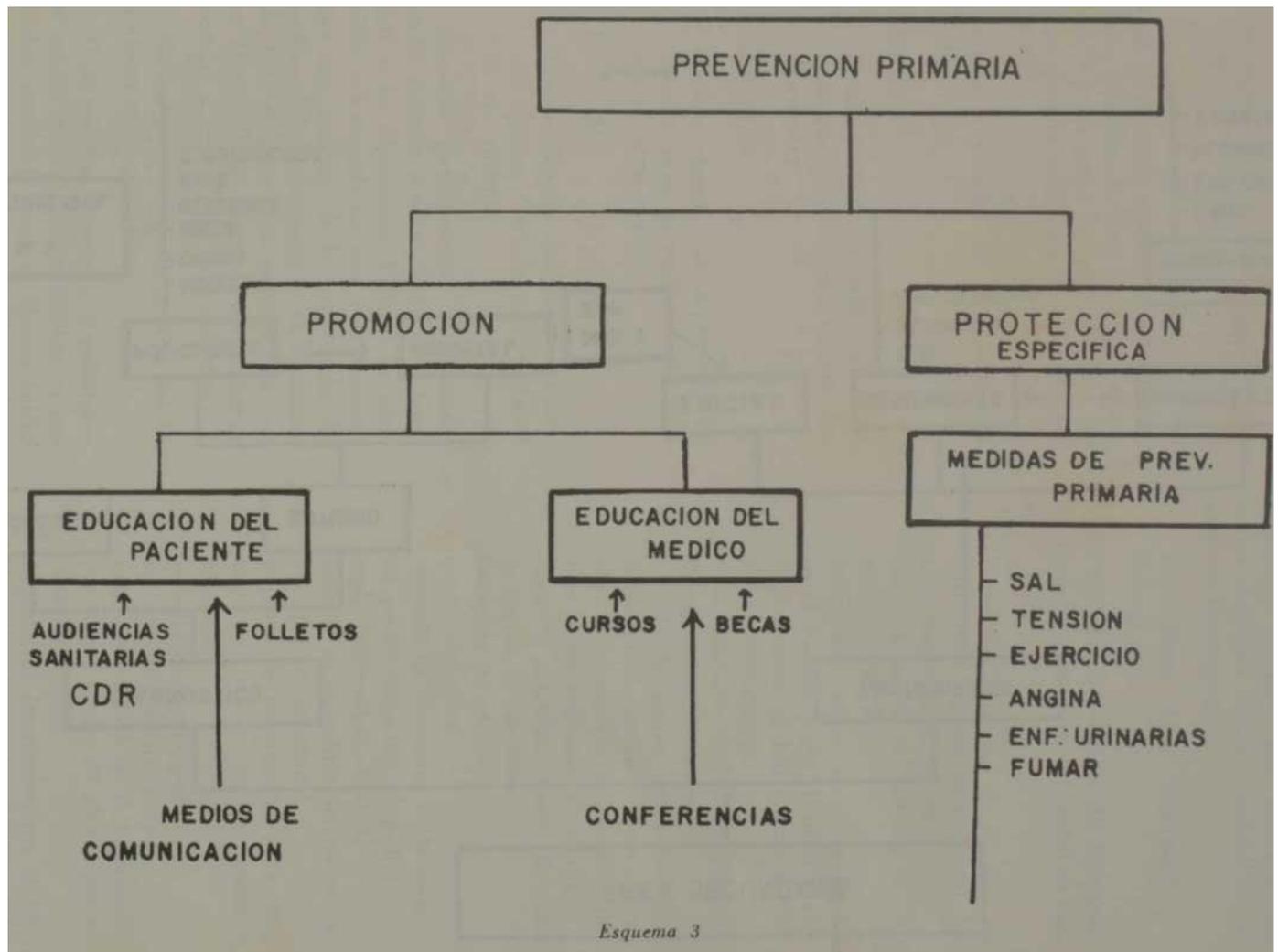
ATENCION DEL ADULTO

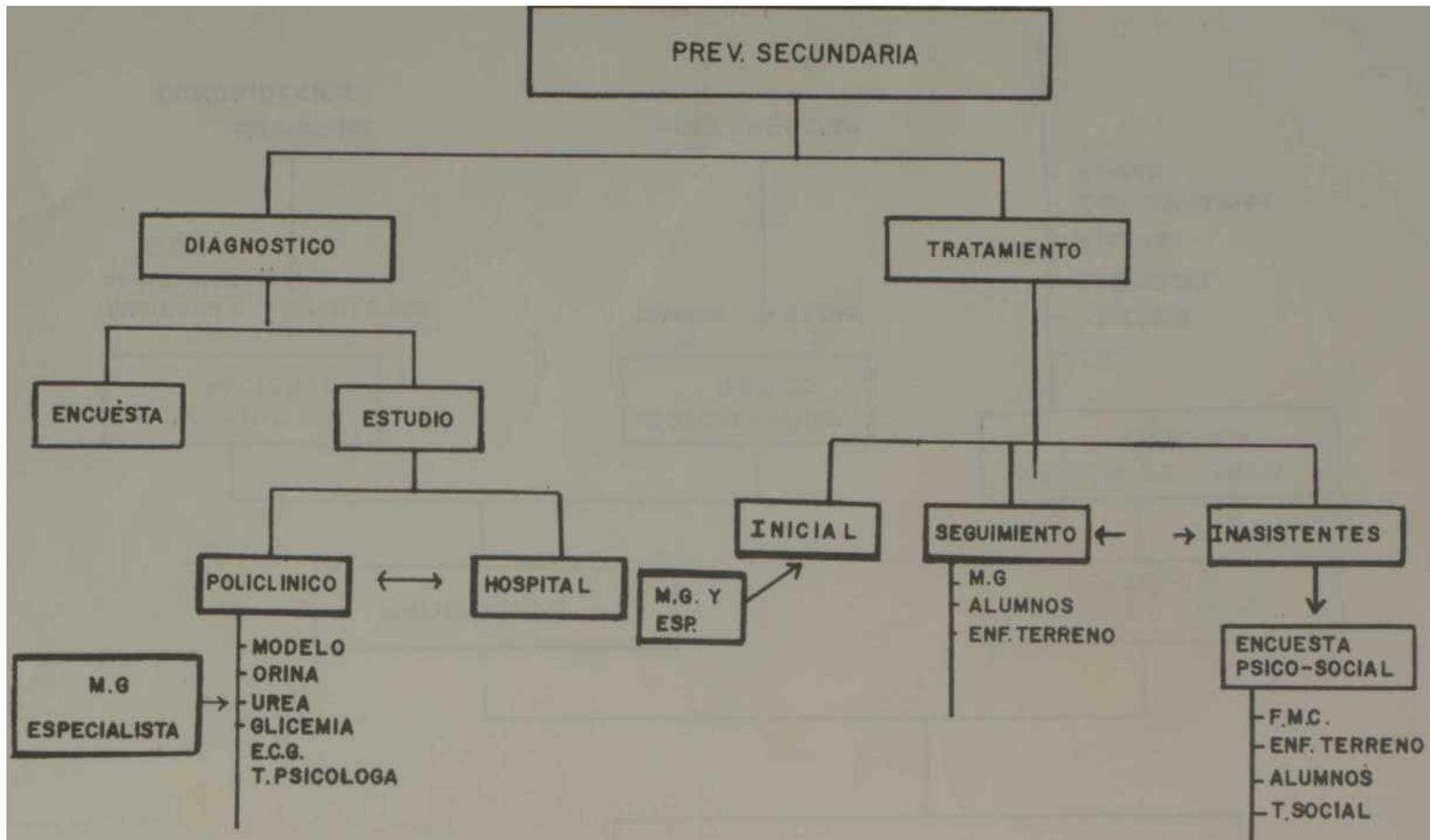
PROGRAMA DE HIPERTENSION

COMISION DE HIPERTENSION



Esquema 2





*Criterio para ser considerado hipertenso:*  
Se ha adoptado el de la OMS que es el siguiente:

20 a 29 años 30 a 64 años 65 y más años

150-90 160-95 170-95

Todo el que esté en esa cifra o por encima en 3 tomas casuales, y sentado. Nosotros añadimos la toma de pie (3 minutos),<sup>12</sup> y un grupo de edad de 15 a 19 años, para lo cual adoptamos la cifra de 110-90.<sup>13</sup>

Etapas o estadios de la hipertensión (OMS).<sup>14</sup>

Estadio I:

Presión elevada sin evidencia de alteraciones orgánicas en el sistema cardiovascular.

Estadio II:

Presión elevada con hipertrofia del corazón, pero sin evidencias de lesiones en otros órganos.

Estadio III:

Presión elevada con lesiones de varios órganos (corazón, cerebro, fondo de ojo, riñón).

*Encuestar periódicamente la comunidad en las distintas áreas de salud para descubrir a los hipertensos:* Primero se selecciona una muestra del área y se encuesta; esto nos informa de la importancia del problema. Posteriormente se va encuestando toda el área hasta su totalidad (ver en Organización, forma de seleccionar la muestra y metodología de la encuesta).

*Normas para el estudio mínimo del hipertenso en el policlínico:*

Al ser remitido el paciente al policlínico, el médico general o el especialista en medicina interna le llena el Modelo Inicial y además lo somete a un examen físico que debe de incluir palpación de los femorales y

pedias y palpación de abdomen en busca de tumoración y/o aumento de tamaño de los riñones. F,1 médico hará el examen físico completo del paciente investigando cualquier otra patología que estime necesario conocer. Indicar las siguientes investigaciones:

ECG. Orina. Irrea. Glicemia<sup>18</sup>.

Hemograma.

*Normas para la remisión del hipertenso al hospital:* Se remitirá al hospital en caso de:

hipertenso de menos de 30 años de edad (casi siempre secundarios).

— urea mayor de 40 mg %. glicemia mayor de 110 mg % (en ayunas Folin-Wu).

hemograma menos de 12 g de Hb en el hombre y de 11 en la mujer, no respuesta al tratamiento de dos visitas consecutivas, manifestaciones de insuficiencia cardíaca: disnea y edemas, historia de angina de pecho: dolor retroesternal constrictivo que se irradia a hombros, brazos o cuello. Aparece a los esfuerzos y se alivia al cesar la actividad física. Recordar la angina de decúbito.

— presencia de edemas.

— tumor abdominal.

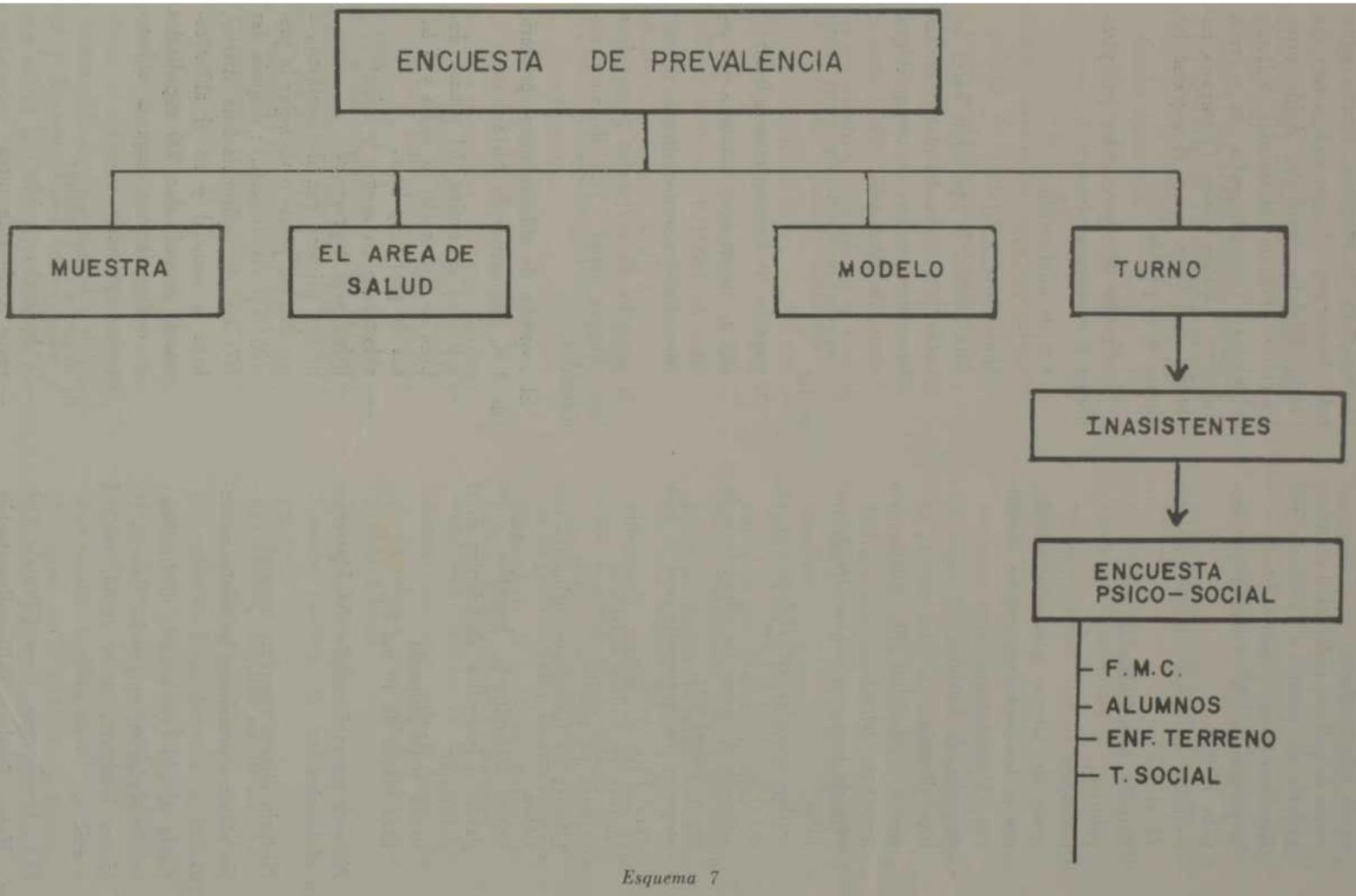
- sospecha de coartación de la aorta, no pulsos femorales ni pedios soplo interescapulovertebral presión en miembros inferiores menor que en superiores.

- sospecha de renovascular (1 a 2%) soplo en flancos, región lumbar o epigastrio hematuria macroscópica no respuesta al tratamiento instalación brusca de la hipertensión por debajo de los 30 años o por encima de los 60.

— sospecha de feocromocitoma (0,1%)

hiperglicemia; mayor de 110 mg % (en ayunas Folin-Wu) taquicardia mantenida





Esquema 7

crisis hipertensivas crisis de palidez, sudoración o ambas, historia de padres o hermanos con feocromocitoma o neurofibroma la presión de pie es menor que sentado (70%).

— sospecha de aldosteronismo primario (1 al 3%)

mujeres principalmente  
poliuria  
polidipsia

crisis de astenia profunda espontánea o desencadenada por los diuréticos (hipopotasemia).

— sospecha de Cushing hiperglicemia aspecto: obesidad de tronco con miembros delgados, cara de luna con rubicundez de mejillas estrías moradas en abdomen y caderas acumulo de grasa en supraclaviculares y dorsal alta.

— sospecha de nefropatía uní o bilateral (6-7%)

historia de cólicos nefríticos  
historia de cistitis

historia de infecciones urinarias con fiebre

orina: albuminuria, hematíes abundantes o leucocitos abundantes en el sedimento

tumor renal palpable urea mayor de 40 mg %.

*Normas para el estudio del hipertenso en el hospital:*

Historia clínica completa integral.

No olvidar: presión en los cuatro miembros fondo de ojo (ver modelo de informe) buscar soplos en epigastrio, flancos, regiones lumbares, tactos rectales, vaginal o ambos.

ECG. Hemograma. Urea. Glicemia. Orina.  
Heces fecales. Eritrosedimentación.

Electroforesis de proteínas. Cituria minutada. Ionograma: 3, uno cada tercer día. Calcio. Fósforo. Serología. Ácido úrico. Urocultivo. Filtrado glomerular. Sulfonfenoltaleína. Telerradiografía de corazón. Colesterol. Lípidos totales. Pielograma minutado. V.M.A. en orina. Renograma isotópico, si es posible.

Si sospecha de renovascular por pielograma y renograma, hacer:

— *test* de angiotensina

— *test* de Howard

— angiografía renal

para decidir la operación hacer actividad de renina del plasma en ambas venas renales; se opera, si gradiente de 50 o más.

Si sospecha de coartación hacer aortografía.

Si sospecha de feocromocitoma hacer:

— *test* de Regitina, si TA en o por encima de 160/110

— adrenalina y noradrenalina en orina.<sup>15</sup>

Si sospecha de nefropatía parenquimatosa: biopsia renal (Yim-Silverman modificado).

Si sospecha de aldosteronismo primario (de 3 K, uno menor de 3,5):

— actividad de renina del plasma después de restricción de sodio y 4 horas de pie: muy baja, aldosterona en sangre y orina<sup>18</sup>

— flebografía suprarrenal<sup>17</sup>

probar primero con dexametasona 2 mg diarios, puede o no bajar la presión (ver clasificación); después dar 100 mg de espironolactona diarios, baja la esencial y no el aldosteronismo; después dar 400 mg diarios de espironolactona, baja el aldosteronismo primario.

Si sospecha de Cushing:

—17' hydroxicorticoides  
rayos X de silla turca

— valorar retroneumo con tomografía de las suprarrenales.

Criterios para hacer actividad de renina plasmática:

— sospecha de aldosteronismo primario por separado en ambas venas renales en caso de estenosis de arteria para decidir operación.

en hipertensión maligna antes de comenzar el tratamiento y después de normalizada la TA casos catalogados como esenciales con prueba de angiotensina que corresponde a aldosteronismo secundario.

*Establecer la incidencia y la prevalencia de las hipertensiones esencial y secundaria en nuestro medio:* La encuesta de prevalencia por nosotros, realizada en el área de salud, arrojó los siguientes resultados: Población total del área: 54 842 Mayores de 15 años: 37 631

Núm. de manzanas del área: 239 Núm. de sectores: 12

Núm. de manzanas encuestadas: 56

Población encuestada de 15 ó más años: 6 635

Hipertensos encontrados: 1 026 (15,4%)

Sistodiastólica: 681

Sistólica: 160

diastólica: 185

Hipertensos conocidos: 716 (69,9%) Hipertensos

desconocidos: 310 (30,1%) Conocidos con

tratamiento: 400 (55,8%) (Esquemas 8 y 9)

Conocidos sin tratamiento: 320 (44,2%) Con

tratamiento controlados: 164 (41%) de los

tratados; 15,9% del total Con tratamiento sin

controlar: 240 (59%) Ver cuadros I y II en págs.

61 y 62 y gráficos 1 y 2, pág. 21.

*Confeccionar los modelos para encuesta y estudio de los pacientes:* Al final y como un anexo se adjuntan todos los modelos que hemos utilizado. Los llamados Modelo Inicial y Reporte Anual corresponden a los que utiliza la OMS, cuya asesoría hemos solicitado.

#### *Tratamiento de la hipertensión arterial*

*Normas para el tratamiento de la hipertensión en el policlínico y en el hospital.* En el policlínico cumplir lo siguiente:

todas las hipertensiones hay que tratarlas.

—el tratamiento tiene que ser continuado y permanente.

—no pueda haber días de descanso en la medicación

—llevar la presión arterial a las cifras normales para la edad.

—al dejar de tomar los medicamentos, la presión sube de nuevo.

—diuréticos: hidroclorotiazida de 50 a 100 mg después del desayuno. Clortalidona 50 a 100 mg después del desayuno.

—reserpina: 0,25 mg diarios. No pasar nunca de esa dosis en el día.

—puede comenzarse con la asociación hidroclorotiazida-reserpina (cifapresín: una después del desayuno).

—hidralazina: tabletas de 50 mg. Una cada 8 horas, puede subirse a 1<sup>1/2</sup> cada 8 horas. No utilizarla si: angina de pecho, cefalea, infarto anterior. Suspenderla si presenta fiebre, artralgia, palpitaciones y “flushing”.

—metil-dopa: tabletas de 250 mg. Comenzar con una cada 8 horas. Se puede subir a dos cada 8 horas o a 3 cada 8 horas.

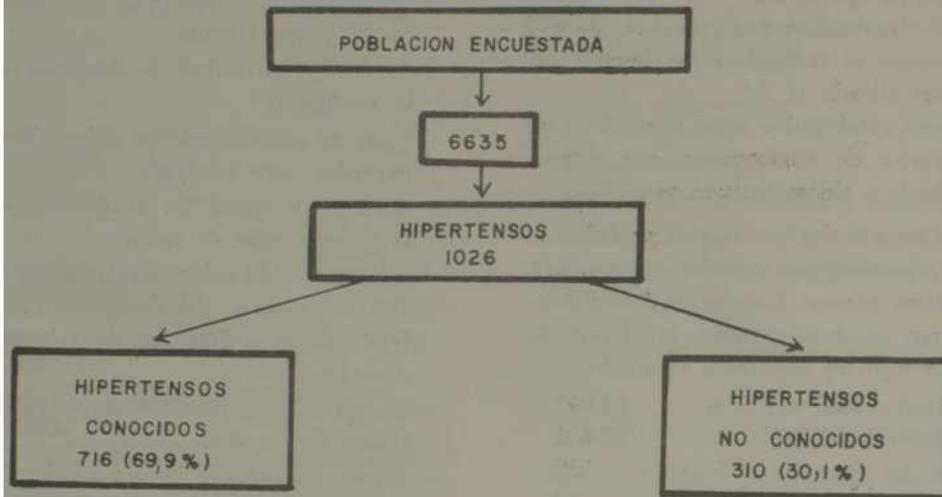
Vigilar anemia, ictericia, prueba de Coombs positiva. Si aparecen, suspender.

—guanetidina: tabletas de 10 mg. Comenzar con una en el desayuno. Se va subiendo hasta llegar a 6, todas juntas en el desayuno. Recordar produce hipotensión postural. Advertir

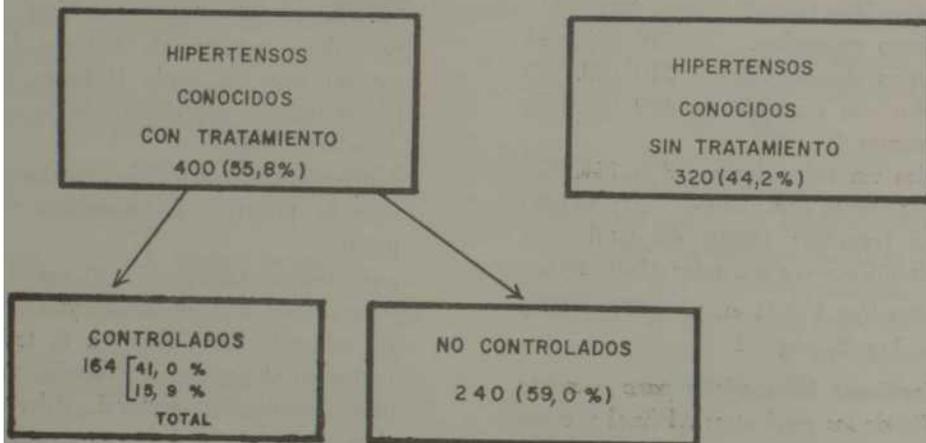
al paciente.

—propranolol: tabletas de 40 mg. Pueden darse de 40 a 1200 mg diarios. Recordar está contraindicado en la insuficiencia cardíaca.

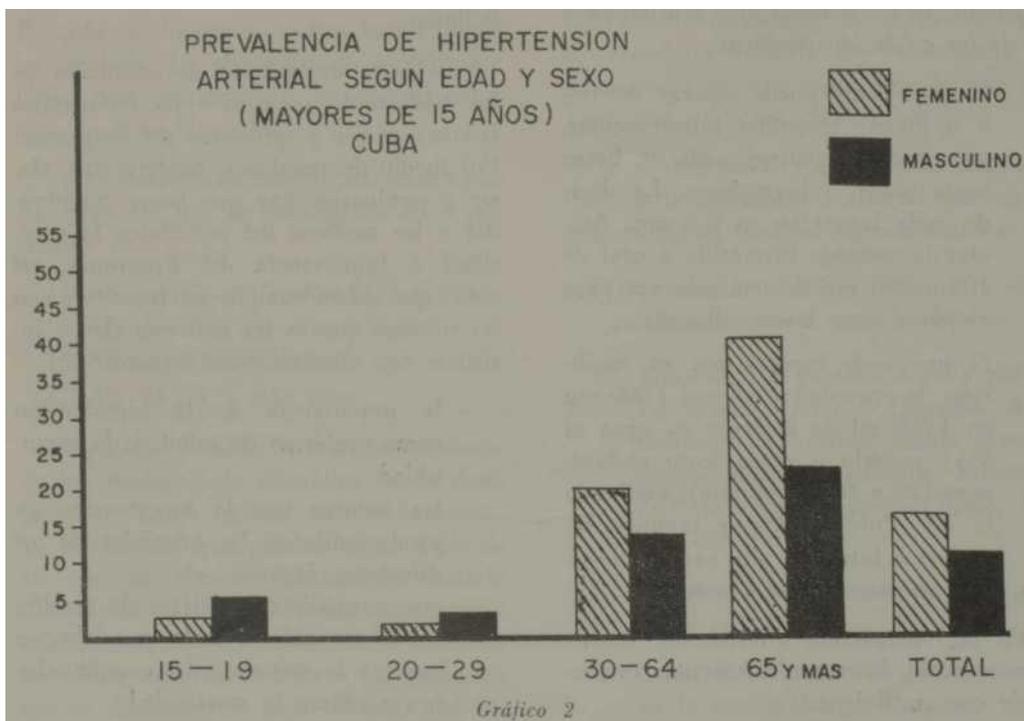
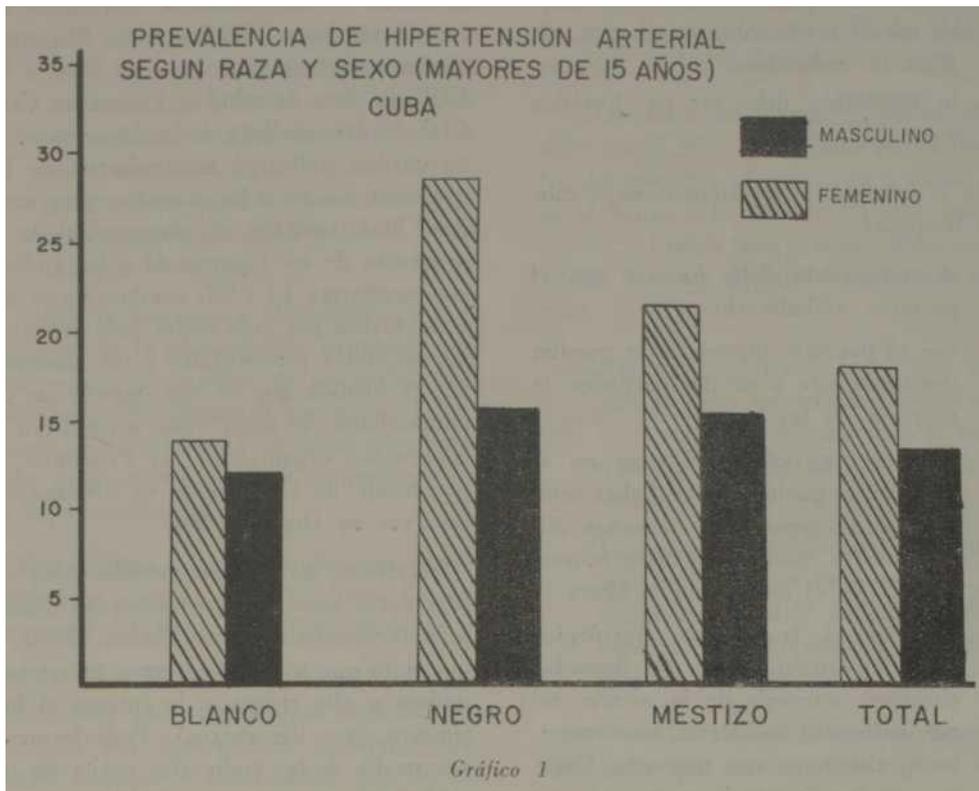
PREVALENCIA DE HIPERTENSION ARTERIAL  
(MAYORES DE 15 AÑOS) CUBA



Esquema 8



Esquema 9



- dieta: recomendar comer bien bajo de sal. Si existe sobrepeso, poner una dieta de reducción.
- la asociación debe ser un diurético y un hipotensor.

En el hospital, el tratamiento es el mismo.

Recordar:

- el tratamiento debe hacerse con el paciente ambulatorio.
- con el paciente ingresado, la presión desciende sola a niveles normales, la mayoría de las veces.
- mientras se estudia el caso en el hospital, el paciente debe haber estado por lo menos tres semanas sin tratamiento, comer una dieta normal de sal. Así el estudio no se altera.
- recordar el tratamiento quirúrgico de la hipertensión. Son las llamadas curables: estenosis de la arteria renal, nefropatía unilateral, feocromocitoma, aldosteronismo primario, Cushing, coartación de la aorta.

*Establecer las normas para el tratamiento de las crisis hipertensivas:*

- si el paciente puede esperar de 1 a 2 horas: reserpina intramuscular, que puede repetirse cada 6 horas hasta poner 3 inyecciones. La dosis de cada inyección es 2,5 mg. Asociar furosemide inyectable u oral de 100 a 200 mg de una sola vez para asegurar una buena diuresis.
- Si no puede esperar por su condición de gravedad: Arfonad 1 000 mg en 1 000 ml de dextrosa en agua al 5%; ponerlo a goteo lento endovenoso (20 a 30 por minuto), vigilando la TA. Puede utilizarse también hídralazina intramuscular cada 6 horas. Asociar siempre un diurético.

En la hipertensión arterial con insuficiencia renal, la mejor asociación: furosemide con metil-dopa.

*Establecer un método de control de los inasistentes por el CDR y FMC.* El control de las inasistencias se basa en ligar a los CDR del área de salud al Programa. Cada CDR tendrá una lista de los hipertensos de su cuadra y llevará una relación de los que asisten o no a las consultas programadas. Será también el responsable de la asistencia de los hipertensos a las audiencias sanitarias. La FMC nombrará una microsectorista por cada sector para que haga las encuestas psicosociales a los inasistentes. A medida que se van ligando las organizaciones de masa (que constituyen la comunidad organizada), al Programa, el porcentaje de inasistentes va disminuyendo (ver en Organización).

*Establecer un método de educación del hipertenso para que se mantenga ligado permanentemente al policlínico.* Desde el momento que se clasifica como hipertenso, dudoso o alto riesgo se le entrega el instructivo (ver los anexos). Posteriormente por medio de las audiencias sanitarias periódicas se mantiene una educación permanente que le mantiene asistiendo al policlínico.

*Establecer un método de educación de los médicos del policlínico que les permita la comprensión y aplicación del Programa:* Por medio de reuniones, conferencias, clases y seminarios hay que hacer comprender a los médicos del policlínico la necesidad e importancia del Programa, así como que deben cumplir estrictamente con las normas que se les entregan. Debe insistirse con ellos en estos aspectos:

- la importancia de la hipertensión como problema de salud de la comunidad.
- las lesiones que la hipertensión va produciendo en las arteriolas de los diferentes órganos.
- que normalizar las cifras de presión con el tratamiento es lo que debemos hacer y lo que evita las complicaciones y reduce la mortalidad.

— que las manifestaciones atribuidas por los hipertensos a que les ha bajado la presión, se deben a los efectos secundarios de las medicinas. Que si continúan tomándola este efecto va desapareciendo. Que de no desaparecer, debe cambiar para otro producto, explicándole al paciente la situación.

Sobre la frecuencia, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión, brindarle una conferencia con medios audiovisuales, diapositivas acompañadas de grabación. Igualmente se les entregará un curso de educación programada sobre el tratamiento de la hipertensión arterial.

Hay conceptos fundamentales que el médico debe conocer para un buen funcionamiento del Programa. Tales serían:

Una clara definición y concepto de qué entendemos por hipertensión arterial: se entiende por hipertensión arterial a un estado anormal o enfermedad que se caracteriza por una elevación de las presiones sistólicas, diastólica o de ambas, confirmada por lo menos en tres tomas casuales, sentado. La elevación de presión sistólica tiene importancia, ya que al subir ésta, lo hace la media.

Serán clasificadas como hipertensas aquellas personas que se encuentren en o por encima de:

- 140/90 de 15 a 19 años
- 160/95 de 30 a 64 años
- 150/90 de 20 a 29 años
- 170/95 de 65 y más años

La presión sistólica se toma al comienzo de los ruidos, y la diastólica en la desaparición. Como existen diferencias entre los dos brazos, que pueden llegar a ser de 10 mm de Hg, se recomienda tomarla siempre en el brazo derecho, donde estadísticamente se ha demostrado se obtienen las cifras mayores debido a la forma en que se disponen los vasos al salir del cayado de la aorta. La presión arterial en

los miembros inferiores es mayor a la que se toma en los superiores.

La anchura del manguito que se utiliza debe ser el 20% más ancho que el diámetro del miembro al que se va aplicar. Para el brazo debe ser de 13 cm; para el muslo, y brazos más gruesos, debe ser de

18 cm. Existen dos tipos de presión arterial;

- La presión arterial basal, que es la que se tiene después de reposo absoluto, en cama durante tres o cuatro días, o después de una fuerte sedación.
- La presión arterial casual o fortuita, que es la que se tiene en cualquier momento del día, dedicada la persona a sus ocupaciones habituales. Esta es la importante.

Se describe también la llamada hipertensión lábil, que son aquellos sujetos jóvenes (menos de 40 años), en los cuales en ocasiones la presión arterial se encuentra ligeramente elevada, y en otras ocasiones se encuentra normal. Se recomienda el tratamiento de estos casos, aunque hay autores que prefieren observarlos.

El médico debe manejar una clasificación de la hipertensión arterial que sea lo más completa posible. Recomendamos:

A) Hipertensión sistólica. Solamente existe elevación de la presión sistólica.

1. Aumento del volumen-minuto por el ventrículo izquierdo (bloqueo A-V, insuficiencia aórtica, fístula arterio-venosa, ductus persistente, Enfermedad de Paget, hipertiroidismo, fiebre, embarazo).
2. Rigidez de la aorta por degeneración de su pared.
3. Capacidad disminuida de la aorta en la coartación.

## B) Hipertensión sistólica y diastólica.

1— Hipertensión secundaria (10% de los casos de hipertensión)

- Enfermedades del riñón y tracto urinario
- glomerulonefritis pielonefritis bilateral o unilateral estenosis de arteria renal (renovascular)
- riñón poliquístico
- lesiones congénitas (llevan a la pielonefritis)
- cálculos y lesiones obstructivas (llevan a la pielonefritis) nefritis intersticial (analgésicos, gota, hipercalcemia)
- diabetes<sup>1 s</sup>
- enfermedades colágenas (esclerosis sistémicas, periarteritis, lupus)
- tumores
- nefritis por radiación amiloidosis renal
- nefritis hereditaria.
- Trastornos del sistema nervioso central
- hipertensión endocraneana enfermedades del tallo cerebral y médula
- disfunción familiar autonómica.
- Enfermedades de las suprarrenales

### 1. Médula suprarrenal

- tumores que segregan catecolaminas
- feocromocitoma y feocromoblastoma
- ganglioneuroma y neuroblastoma.
- Hiperplasia de la médula suprarrenal.

### 2. Corteza suprarrenal

- Síndrome de Cushing
- Hiperplasia de la corteza
- hipófisis hipéctica
- adenoma basófilo

adenoma cromóforo tumor ectópico que segrega

### **ACTH**

adenoma de la corteza carcinoma de la corteza.

- aldosteronismo primario adenoma de la corteza hiperplasia bilateral aldosteronismo controlable por glucocorticoides
- aldosteronismo resistente a los glucocorticoides
- carcinoma de la corteza.
- hipercorticosteronismo
- tumor de la corteza que produce corticosterona hiperplasia adrenal congénita deficiencia de 11 - betahidroxilasa
- deficiencia de 17 alfa hidroxilasa

— Coartación de la aorta.

—Toxemia del embarazo.

Porfiria aguda intermitente.

— Otras (contraceptivos, drogas, etc.).

II — Hipertensión esencial o primaria (90% de los casos).

*Establecer las medidas de prevención Terciarias (rehabilitación) (Esquema 5).*

Si bien el término *rehabilitación* se refiere a la recuperación de las capacidades perdidas, nosotros incluimos aquí también la serie de medidas que tomamos, que le permiten al hipertenso adaptar su enfermedad al medio para mantenerse socialmente útil.

*Establecer las normas para determinar la cantidad de ejercicio físico que puede realizar, de forma de hacer los ajustes necesarios que le permitan continuar trabajando.* Si bien sería necesario hacer pruebas ergométricas en algunos casos para medir exactamente la cantidad de ejercicio físico que se permitiría, se han podido establecer algunas orientaciones generales como son las siguientes:

- Hipertenso en estadio I, puede realizar todos los tipos de trabajos.
- Hipertenso en estadio II, se le limita la actividad física intensa (usando intensa - moderada - ligera), tales como:
  - cargar grandes pesos; trabajos en la construcción con actividad intensa;
  - trabajos en la agricultura con actividad intensa.
- Hipertenso en estadio III, se le limitaría la actividad física intensa y moderada. Se le permitiría la ligera:
  - trabajo sentado; oficina;
  - caminar cortos tramos, etc.

*Establecer las normas para determinar el grado de tensión emocional permitido, de forma de hac'r los ajustes que le permitan continuar trabajando.* Gran cantidad de trabajos clínicos y experimentales han demostrado como el *stress* produce una respuesta exagerada y anormal en el hipertenso, así como que este última demora mucho más que el normotenso en volver a la situación basal.<sup>19</sup> Como medida de prevención primaria se recomendó “evitar la tensión emocional mantenida”. La hipertensión esencial es probable que se produzca por el mecanismo corticovisceral.<sup>19</sup> La corteza cerebral enviando estímulos a los centros subcorticales los cuales por medio del sistema nervioso autonómico, o por mecanismos humorales darían origen a la hipertensión.

No se descarta la posibilidad de que el mecanismo corticovisceral ejerza su acción primaria sobre el riñón. Por tanto, todo trabajo que produzca en el hipertenso un estado de tensión emocional mantenido debe sustituirsele.

Cada caso requiere una valoración individual, ya que un mismo tipo de trabajo puede producir gran *stress* en un hipertenso y en otro no.

Sin embargo, existen algunas actividades que por sus características casi siempre provocan gran tensión emocional en el que las realiza:

- cargos con grandes responsabilidades;
- gran presión de público sobre el trabajador;
- necesidad de realizar tareas en un tiempo dado sin capacidad por parte del trabajador para cumplirla; incapacidad intelectual por parte del trabajador para el cargo;
- condiciones ambientales precarias: ruido-ventilación-luz-temperatura, etc.

*Establecer lista de trabajos o labores que no podrán realizar:* Con las orientaciones que hemos ofrecido se pueden establecer los trabajos que podrá o no realizar de acuerdo al estadio en que se encuentra la hipertensión consultando la lista que aparece en los anexos que es la de la Organización Internacional del Trabajo (ILO), utilizada por la OMS.

*Establecer los pasos y metodología a seguir para la aplicación del programa en escala nacional.* Se procederá en la forma siguiente:

- Establecimiento del programa en forma experimental en el área de salud del policlínico “Carlos J. Finlay” del regional Marianao (ya realizada).
- Establecimiento del programa en un área de salud urbana del regional Santa Clara en la provincia de Las Villas (en preparación).
- Establecimiento del programa en un área de salud urbana del regional Holguín-Gíbara en la provincia de Oriente Norte (en preparación).
- Extender el programa dentro del regional Marianao a otras áreas de salud.
- Establecimiento del programa en un área de salud rural.

### Objetivos complementarios

*Investigaciones* (Esquema 6): Todo programa de salud debe tener como objetivos complementarios el impulsar las investigaciones sobre el problema que trata. Si bien las posibilidades de investigación en materia de hipertensión pueden abarcar múltiples temas, la *Comisión de hipertensión* ha considerado que en esta etapa sería conveniente ejecutar las siguientes:

- sobre los patrones psicológicos de los pacientes hipertensos y tipos de personalidades encontradas aplicando los "tests" que se han seleccionado (ver organización sobre psicología).
- sobre el papel de la herencia en hipertensión esencial. Analizando los datos de antecedentes familiares que existen en la encuesta.
- sobre los factores sociales que pueden haber influido en el desarrollo de la enfermedad. A través del análisis y tabulación de la encuesta psicosocial;
- sobre mortalidad por hipertensión arterial en nuestro medio. Se han iniciado varios estudios mediante las autopsias de un grupo de hipertensos para determinar hasta qué grado fue la hipertensión responsable de la muerte. Se ha adoptado la siguiente metodología:
- escoger un grupo de historias clínicas con autopsias, y
- seleccionar las de los casos que se pueden clasificar como hipertensos. Según los criterios y clasificación de la encuesta;
- aceptar que la muerte se debió a la hipertensión en 16s casos clasificados como hipertensos que tengan: nefroangiosclerosis más hipertrofia ventricular izquierda en la autopsia sin otra causa;

trombosis cerebral en menores de 60 años;

hemorragia intracraneal sin otra causa;

insuficiencia cardíaca en menores de 60 años con o sin coronarioesclerosis sin otra causa;

insuficiencia cardíaca en mayores de 60 años sin coronarioesclerosis sin otra causa;

insuficiencia renal excluida las nefropatías primarias e infarto cardíaco en menores de 60 años sin hiperlipidemia ni diabetes mellitus.

- Sobre la llamada hipertensión arterial lábil. Sus patrones hemodinámicos y tratamiento.

*Impulsar el desarrollo del estudio humoral del hipertenso:* Por ser este aspecto del estudio de la hipertensión el de más difícil realización, es necesario que a nivel de los hospitales clinocquirúrgicos provinciales docentes se den los pasos necesarios para desarrollar las técnicas de:

V.M.A. Adrenalina y noradrenalina.

Aldosterona. Actividad de renina del plasma. 17' hydroxicorticoides. 17' cesterooides. Cortisol. Quininas.

La actividad de renina del plasma por radioinmunoensayo puede realizarse en un solo lugar al cual se puede remitir el plasma congelado. Igual procedimiento pudiera emplearse para otras determinaciones que se realizan con poca frecuencia y resultan complejas y costosas.

### Organización Audiencias

*sanitarias:*

- Son responsabilidad de los CDR.
- Celebrar una cada dos meses en cada comité de zona durante el primer año. A partir del segundo año podrán ser una cada cuatro meses. Contenido.
- qué es la hipertensión arterial medidas de prevención primaria necesidad de descubrirla precozmente que no produce síntomas, es silente; para descubrirla hay que tomarse la presión

- necesidad de tratamiento permanente y continuado.
- Repartir material educativo; poner películas y diapositivas.
- chequear la asistencia de los hipertensos (CDR).

*Divulgación:*

- Dos veces al año por la prensa escrita o radial.
- Una vez en el año por televisión.

*Encuesta:* Primero se realiza la llamada encuesta inicial con la finalidad de conocer la importancia del problema en el área, así como para hacer los ajustes necesarios (Esquema 7).

Después se continúa encuestando toda el área. Para la encuesta inicial proceder en la forma siguiente:

- Determinar el número de habitantes del área (último censo).
- Determinar número de mayores de 15 años.
- Determinar número de manzanas del área.
- Determinar número aproximado de habitantes por manzana.
- Hallar la población a encuestar: 15% de los mayores de 15 años del área.
  - Determinar número de manzanas a encuestar.
- Repartir las manzanas por igual entre los sectores del área.

La muestra inicial debe encuestarse en áreas de 30 000 habitantes en tres meses. El área completa en un año.

Como se realiza la encuesta:

- Se utilizan los estudiantes de medicina de fase I que trabajan 4 horas diarias en el policlínico. Puede usarse otro personal (plan estudio-trabajo).
- Se les explica el programa.
- Se les da un entrenamiento sobre la toma de la presión arterial y llenado de modelo

de la encuesta durante dos semanas.

- - Se agrupan por parejas: un varón y una hembra.
- Se les reparten las manzanas.
  - Al llegar a una cuadra hacer contacto primero con el CDR.
  - Toman la presión casa por casa a los mayores de 15 años.
  - Clasifican en *normotenso*, *hipertenso*, *dudoso* y *alto riesgo*.
  - Para hipertenso y alto riesgo ya liemos dado el criterio.
  - Dudoso el que dice padecer de hipertensión, no está tomando medicación hipotensora y tiene la presión normal.
  - Clasifican como hipertenso el que cumple los criterios, y el que dice ser hipertenso está tomando medicación hipotensora y tiene la presión normal.
- Los alumnos trabajan de 7:30 a 11: a.m. ó de 1:30 a 5:30 p.m.
- periódicamente hay que ponerlos a trabajar durante algunas semanas de 7 a 10 p.m. que es el mejor horario para encuestar a los que trabajan. Llenan modelo de las manzanas (ver anexos).
  - A los que clasifican como bipertehsos, dudosos y alto riesgo le dan el instructivo y un turno para que vayan al policlínico al día siguiente.

*En el Policlínico:*

- En cuatro reuniones tecnicoadministrativas explicar el Programa.
- Entrenar a los médicos durante un mes, dos veces por semana en el llenado del modelo inicial (ver anexos).
- Las encuestas hechas casa por casa son entregadas al departamento de estadística del policlínico, allí separan los normotensos de los otros casos.

- Pasan las encuestas de hipertensos, dudosos y alto riesgo al archivo.
- El paciente con el turno que le dieron en su casa llega a la ventanilla de turnos, la empleada le llena la tarjeta del programa, lo anota en la hoja de cargo de un médico y le pone al lado un cuño que dice *Programa de Hipertensión*.
- El archivo al recibir las hojas de cargo de los médicos pone dentro de la hoja del paciente la encuesta que le llenaron y el llamado modelo inicial.
- El médico llena el modelo inicial y si es necesario reclasifica el caso.
- El médico le da nuevo turno para dos semanas y le indica las investigaciones que ya hemos señalado.
- Cuando el paciente vuelve a reconsulta el médico termina de llenar el modelo inicial, le pone tratamiento y lo cita para dentro de 30 días. Posteriormente lo verá cuatro veces en el año (cada tres meses).
- Al dudoso lo ve cada tres meses hasta decidir si lo deja en el Programa o lo saca. Al alto riesgo una vez al año.
- La encuesta del normotenso la ponen en su historia clínica.
- Cada médico tendrá sus hipertensos fijos. Sectorizados.
- Para un médico con 8 horas de trabajo diario en el policlínico, de 40 a 50 turnos diarios, tendría que ver de 6 a 10 casos diarios del programa.
- Un médico de sector con 2 000 adultas para atender, tendría unos 300 hipertensos (15%), si añadimos los dudosos y alto riesgo tendría un aproximado de 400 personas del programa, lo cual arroja un aproximado de 1 600 consultas anuales para el Programa.

*Director del Programa:* Será el director de policlínico o persona por él designada.  
Funciones:

Explica el Programa.

— Organiza el entrenamiento pidiendo ayuda al hospital a través del responsable de medicina del área. Supervisa su funcionamiento.

Reparte los instructivos a los médicos y se los explica.

— Informa de la marcha del programa en la reunión tecnicoadministrativa.

*Control de los inasistentes:*

— El médico marca al lado del que no vino: I.

— Archivo saca los nombres y direcciones de los inasistentes y los pasa al director del Programa.

— Se marca en su tarjeta del Programa la inasistencia.

— Se le entrega al que va a realizar la encuesta psicosocial el nuevo turno.

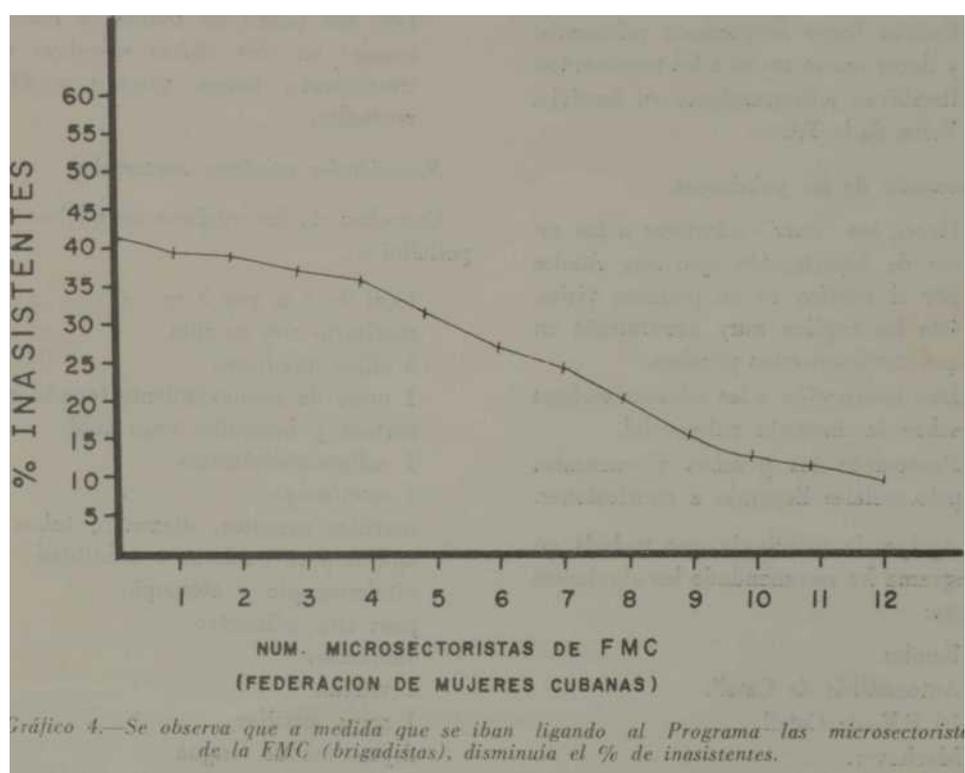
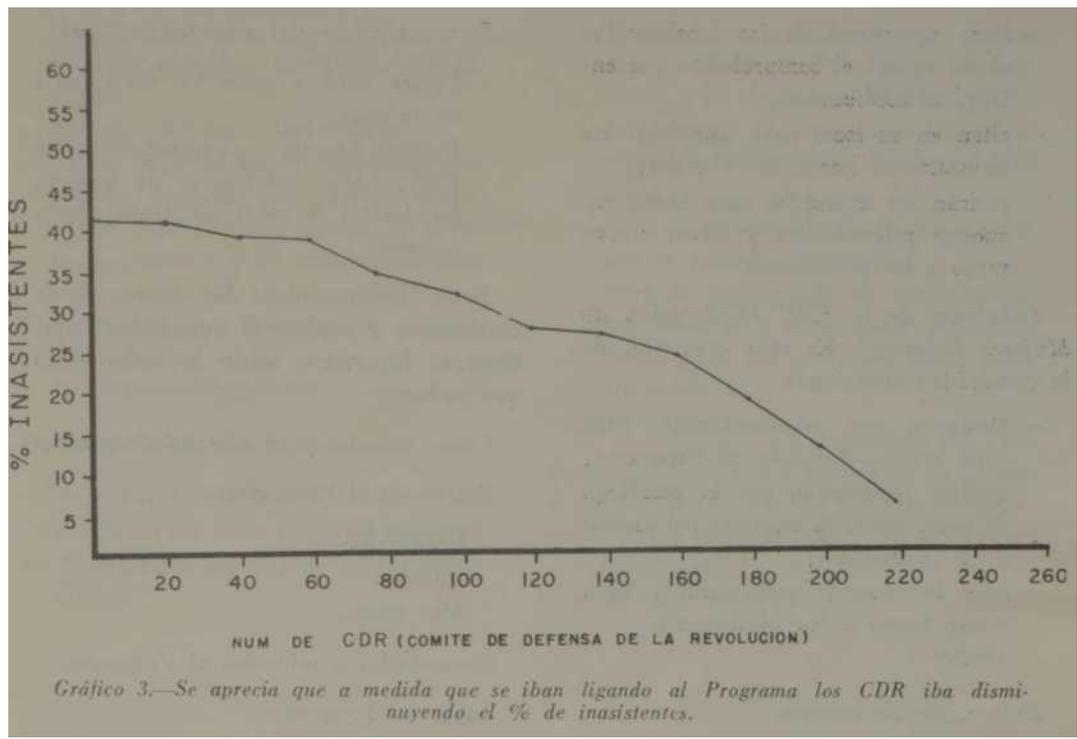
— Archivo marca el nuevo turno en la hoja de cargo del médico.

— El médico le entrega un comprobante a todo paciente que acude a la consulta para que éste lo entregue en su CDR.

*Funciones del CDR (Comité de Defensa de la Revolución):* (Gráfico 3)

Existe uno en cada cuadra y constituyen la base de la comunidad organizada en nuestro país. Tiene un presidente, el compañero de mejores condiciones, elegido por los vecinos de la cuadra en una reunión. Después de electo el presidente se designan los responsables de los diferentes frentes: salud, vigilancia, organización, educación, trabajo voluntario, ideológico, trabajo social, construcción, finanzas, urbanismo, servicio, y CDR-FAR.

- Organiza las audiencias sanitarias;
- distribuye el material educativo;
- recibe una lista de los hipertensos de su cuadra;
- controla la asistencia a las audiencias sanitarias;



- lleva el control de las inasistencias al no recibir el comprobante que entregó el médico;
- citan en su local para completar las encuestas en horas de la noche;
- podrán ser utilizados para hacer encuestas psicosociales y llevar nuevo turno a los inasistentes.

*Funciones de la FMC (Federación de Mujeres Cubanas).* Es otra expresión de la comunidad organizada.

- Designan una microsectorista, para cada sector, dedicada al Programa;
- reciben instrucción por la psicóloga de cómo hacer la encuesta psicosocial a los inasistentes;
- hace la encuesta psicosocial y lleva nuevo turno a los inasistentes.

*Gráfico 4*

*Enfermeras de terreno:*

- Harán dos verificaciones diarias a casos encuestados, tanto hipertensos como normotensos.
- Podrán hacer la encuesta psicosocial y llevar nuevo turno a los inasistentes.
- Recibirán adiestramiento en servicio. Toma de la TA.

*Funciones de las psicólogas:*

- Hacen los "tests" colectivos a los casos de hipertensión que son citados por el médico en su primera visita, éste les explica muy brevemente en qué consisten estas pruebas.
- Dan instrucción a las microsectoristas sobre la encuesta psicosocial.
- Procesarán las pruebas y encuestas psicosociales llegando a conclusiones.

El equipo de psicología que trabaja en el programa ha recomendado las siguientes pruebas:

- Bender.
- Autoanálisis de Catell.
- 16 P.F. de Catell.
- Machover.

*Encuesta psicosocial a los inasistentes:*

- Se les hará a todos los inasistentes en su casa.
- Podrán hacerla: microsectoristas de FMC, CDR, enfermeras de terreno, estudiantes de medicina, trabajadores sociales.

Trata de determinar las causas de la inasistencia y explora el conocimiento que tiene el hipertenso sobre la enfermedad que padece.

*Cómo se entra y se sale del Programa:*

Entran en el Programa:

- Hipertensos.
- Dudosos. '
- Alto riesgo.

Encuestados o referidos al Programa.

Salen del Programa:

- Se mudan.
- Mueren.
- Curan.

Los que pasan de dudoso a normotensos: en tres visitas sucesivas sin tratamiento, tienen presión y ECG normales.

*Necesidades mínimas materiales:*

Consultas de los médicos de adultos del policlínico:

- local de 3 m por 3 m
- escritorio con su silla
- 3 sillas auxiliares
- 1 mesa de reconocimiento tapada con cortina y banquillo para subir.
- 1 esfigmomanómetro 1 estetoscopio
- martillo percutor, diapasón, tubos y agujas para explorar sensibilidad
- oftalmoscopio y otoscopio pesa con tallímetro ventilador
- 1 vitrina
- 1 mesa auxiliar
- depresores de lengua

lámpara de pie  
alcohol, algodón, apósitos, esparadrapo.  
Modelos, folletos e instructivos.

Salón de actos en el policlínico con pizarra,  
pantalla, proyector de diapositivas y 40  
sillas de paletas, 10 esfigmomanómetros y  
10 estetoscopos para las encuestas, 24  
lápices y 10 libretas mensuales para  
encuestas y pruebas psicológicas  
1 electrocardiógrafo.

*De la Comisión de Hipertensión:*

- Se reunirá una vez en el mes
- Analizará los datos del nivel nacional.
- Analizará la marcha de las investigaciones.
- Remitirá sus actas al Grupo Nacional de

Medicina Interna, al Viceministerio de  
Asistencia Médica, al Viceministerio de  
Docencia e Investigación y a la  
Dirección Provincial Habana.

- Será la responsable de la divulgación por la prensa y televisión.
- Será la responsable de confeccionar los modelos y el material educativo tanto para los pacientes como para los médicos.

EVALUACION: La evaluación del Programa se explica por sí sola en el Contenido. Cada uno de los niveles nacional, provincial y regional realiza la evaluación correspondiente. La comisión hace la evaluación a los cinco años.

ANEXO

MODELOS UTILIZADOS

CODIGO DE OCUPACIONES (TRABAJOS)  
ILO (INTERNACIONAL LABOUR  
ORGANIZATION)  
(1968)

(Recomendado por la OMS)

- |  |  |
|--|--|
| 1 — Físicos y Técnicos relacionados.   | 21 — Administradores.  |
| 2 — ARQUITECTOS. INGENIEROS Y<br>TECNICOS RELACIONADOS.                        | 30 — Supervisores clericales.  |
| 4 — OFICIALES DE AVIONES Y BAR.<br>COS.  | 31 — Oficiales Ejecutivos del Gobierno.                                |
| 5 — SOCIOLOGOS Y TRABAJADORES<br>SOCIALES.                                     | 32 — Mecnógrafas, Tipógrafos y Opera<br>dores de máquinas tabuladoras. |
| 6 — MEDICOS, DENTISTAS, Veterina<br>rios y Técnicos relacionados.              | 33 — Tenedor de Libros, Pagadores y tra<br>bajos relacionados.         |
| 8 — Estadísticos, Matemáticos, Planifica<br>dores y Técnicos relacionados.     | 34 — Operadores de máquinas computa<br>doras.                          |
| 9 — Economistas.   | 35 — Supervisores de transportes y comu<br>nicaciones.                 |
| 11 — Contadores.   | 36 — Conductores de transportes.                                       |
| 12 — Juristas.   | 37 — Carteros.   |
| 13 — Maestros.   | 38 — Operadoras de teléfonos y telégrafos.                             |
| 14 — Trabajadores en Religión.   | 39 — Clérigos y trabajadores relacionados<br>no clasificados.          |
| 15 — Autores, Periodistas y otros escrito<br>res relacionados.                 | 40 — Administradores de ventas al por<br>mayor y al por menor.         |
| 16 — Escultores, Pintores, Fotógrafos y<br>Artistas Creadores relacionados.    | 41 — Propietarios de ventas al por mayor<br>y al por menor.            |
| 17 — Compositores y Artistas.  | 42 — Supervisores de ventas y comprado<br>res.                         |
| 18 — Atletas, Deportistas y trabajadores<br>relacionados.                      | 43 — Viajantes de comercio y agentes de<br>ventas.                     |
| 19 — Profesionales, Técnicos y trabajado<br>res relacionados, no clasificados. | 44 — Trabajadores de seguros y subasta<br>dores.                       |
| 20 — Legisladores y Administradores de<br>Gobierno.                            |  |

- 45 — Vendedores, asistentes de tiendas y trabajadores relacionados.
- 49 — Trabajadores de ventas no clasificados.
- 50 — Administrador de centros de carga y abastecimientos.
- 51 — Propietarios de centros de abastecimientos y carga.
- 52 — Amas de llave y supervisores de servicios,
- 53 — Cocineros, camareros, trabajadores de bares y trabajos relacionados.
- 54 — Criadas y amas de llave no clasificadas.
- 55 — Encargados de edificios, empleados de limpieza de los mismos y relacionados.
- 56 — Lavandería.
- 57 — Peluquería y salones de belleza.
- 58—Trabajadores de Servicios de Protección.
- 59—Trabajadores de Servicios no clasificados.
- 60 — Administradores y supervisores de fincas.
- 61—Trabajadores del campo.
- 62 — Agricultores y criadores de animales.
- 63 — Trabajadores del bosque.
- 64 — Cazadores y pescadores.
- 70 — Supervisores de producción y capacidades.
- 71 — Mineros, picapedreros y poceros.
- 72 — Procesadores de metal.
- 73 — Trabajadores de la madera y de hacer papel.
- 74—Trabajadores en procesos químicos industriales.
- 75 — Hilanderos, tintoreros, tejedores.
- 76 — Curtidor, trabajador con pieles.
- 77 — Procesador de alimentos y bebidas.
- 78 — Tabaqueros.
- 79 — Sastres, costureras y trabajos relacionados.
- 80 — Zapateros y trabajadores que hacen objetos de cuero.
- 81 — Ebanistas y trabajos relacionados.
- 82 — Escultores.
- 83 — Herreros, fabricantes de piezas y operadores de máquinas.
- 84 — Fabricantes y ensambladores de máquinas de precisión.
- 85 — Electricistas y trabajadores electrónicos.
- 86 — Trabajadores de radio y operadores de cine y radio.
- 87 — Plomeros, soldadores y trabajadores con metal.
- 88 — Joyeros y trabajadores con metales preciosos.
- 89 — Trabajadores con vidrio.
- 90—Trabajadores con goma y plásticos.
- 91 — Trabajadores con papel y cartón.
- 92 — Impresores y trabajadores relacionados.
- 93 — Pintores.
- 94 — Trabajos en relación con la producción, no clasificados.
- 95 — Albañiles, carpinteros y trabajadores de la construcción.
- 96 — Operadores de máquinas estacionadas.
- 97 — Trabajadores de grúas, muelles, flejes.
- 98 — Trabajadores de equipos de transporte.
- 99 — Trabajadores no clasificados.
- XI — Trabajadores buscando trabajo.
- X2 —Trabajadores con ocupaciones no identificables o inadecuadamente descritas.
- X.3— Trabajadores que no reportan ocupación alguna.
- X4 — Personas con trabajos no remunerados.
- X9 — Personas que no se sabe si tienen trabajo remunerado.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA  
PROGRAMA DE HIPERTENSION  
MODELO PARA ENCUESTA DE PREVALENCIA

Nombre \_\_\_\_\_ 1er. Apellido \_\_\_\_\_ 2do. Apellido \_\_\_\_\_  
H.C. No.: \_\_\_\_\_ Area de Salud: \_\_\_\_\_ Región: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Edad:  15-19  20-29  30-64  65 y más

Sexo: Masculino  Femenino

Raza: Blanca  Negra  Mestiza

Ocupación: \_\_\_\_\_

Crisis Hipertensivas: Sí  No  Toxemia: Sí  No

Enfermedades renales: Cólicos  Infección  Hematuria

Frecuencia del pulso: Fuma: Sí  No

Cantidad de sal: Mucha  Poca  Normal

¿Era hipertenso conocido? Sí  No

Duración de la hipertensión:

Menos de 5 años  Entre 5 y 10 años  Más de 10 años

Con tratamiento hipotensor actualmente: Sí  No

Antecedentes familiares de hipertensión: Padre Sí  No

Madre Sí  No  Hermanos Sí  No

Cifras de Presión Arterial:

Al comienzo de la encuesta

1ª toma Máx.  1ª toma Máx.   
sentado de pie

Mín.  Mín.

2ª toma Máx.  2ª toma Máx.   
sentado de pie

Mín.  Mín.

Al final de la encuesta

1ª toma Máx.  1ª toma Máx.   
sentado de pie

Mín.  Mín.

2ª toma Máx.  2ª toma Máx.   
sentado de pie

Mín.  Mín.

Clasificación del Paciente:

Hipertenso  Normotenso  Dudoso   
Alto riesgo

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

PROGRAMA DE: HIPERTENSION  
INSTRUCTIVO PARA LOS  
HIPERTENSOS, DUDOSOS Y ALTO  
RIESGO

LA PRESION ALTA LOS CDR Y LA FMC

La hipertensión arterial es una enfermedad que la padece el 15% de la población mayor de 15 años. Eso quiere decir que en nuestro país debe haber un aproximado de 800 000 hipertensos.

Para saber cuántas personas tienen la presión alta en área de salud, se ha organizado un Programa de Hipertensión que consiste en ir de puerta en puerta tomando la presión arterial a un grupo de personas, seleccionadas al azar. Después se hará la toma de la presión a otro grupo y así en forma sucesiva se irán visitando todas las casas hasta cubrir toda el área. La presión la tomarán los *estudiantes de medicina*.

A aquellas personas que tengan la presión alta se les dará un turno para que vayan al policlínico a realizarse un chequeo y se les pondrá un tratamiento para bajarle la presión. Estas personas tendrán que ir al policlínico cada vez que su *médico* se lo señale para chequearse su presión y ver si el tratamiento es efectivo. Si necesita ingresar lo hará en el hospital docente "Dr. Salvador Allende" (antigua Covadonga) en el servicio de hipertensión.

El *CDR* tendrá una lista de los hipertensos que corresponden a su comité y el responsable de salud del mismo controlará que el paciente no falte al turno que tiene con

el médico. Si un paciente deja de ir a una consulta que tenía señalada, será visitado por una compañera de la *FMC* que le llenará una encuesta para averiguar las causas de su inasistencia y la *enfermera de terreno* le dará un nuevo turno.

¿Por qué el Ministerio de Salud Pública tiene interés en desarrollar este Programa sobre hipertensión arterial? Debido a la gran cantidad de hipertensos existentes y a la gran mortalidad y complicaciones que esta enfermedad produce.

Cuando una persona tiene la presión alta, su corazón va creciendo lentamente, es decir, se produce una hipertrofia de su corazón y ese corazón hipertrofiado llega un momento que pierde la fuerza para impulsar adecuadamente la sangre que el organismo necesita, es decir, se hace insuficiente y el hipertenso presenta entonces lo que se llama una insuficiencia cardíaca que se caracteriza por falta de aire (disnea) y gran hinchazón de sus pies (edema).

Otra de las graves complicaciones de la hipertensión, es que las arterias de todo el organismo se van dañando, las más gruesas se van endureciendo debido al arterioesclerosis y las más finas se van engrosando. Este proceso de daño progresivo

de las arterias produce a nivel de cerebro graves trastornos y el hipertenso puede presentar entonces lo que se llama un Accidente Vascular del Cerebro, que bien puede ser una trombosis cerebral, que consiste en que se le cierra una arteria, o bien puede tener una hemorragia cerebral, es decir, se le rompe un vaso. En ambos casos el hipertenso ha presentado bruscamente una caída al suelo con pérdida del conocimiento y se le queda paralizado parte de su cuerpo; cuando la parálisis toma la mitad del cuerpo se dice que tiene una hemiplejía. La población le llama a estos cuadros de Accidentes Vasculares del Cerebro una embolia o un derrame cerebral.

Si el hipertenso no muere en este cuadro queda siempre con parálisis y en muchas ocasiones inutilizado para trabajar y para hacer una vida socialmente útil. Cuando se trata de una hemorragia cerebral casi siempre muere.

La presión alta va dañando también las arterias del riñón y éste deja de funcionar bien, o sea, se produce una insuficiencia renal y el paciente muere en un cuadro de uremia, (urea muy alta).

La hipertensión va dañando también las arterias coronarias, que son las que alimentan el corazón y cuando el daño es muy grande una de estas arterias se cierra y una parte del corazón queda sin sangre, sin irrigación y se destruye por un proceso llamado necrosis por falta de irrigación sanguínea, se produce entonces lo que se llama un Infarto Cardíaco. El hipertenso presenta entonces un fuerte dolor en el pecho con sensación de debilidad, sudoración y palidez. Con mucha frecuencia el Infarto Cardíaco mata bruscamente al paciente que cae muerto al suelo, es lo que se llama "muerte súbita". En otras ocasiones se rebasa, pero el paciente queda imposibilitado para hacer una serie de actividades. La muerte por infarto cardíaco, que se llama también cardiopatía isquémica, es la principal causa

de muerte en todos los países del mundo y la hipertensión arterial es la responsable de esos infartos en más de la mitad de los casos.

Se ha demostrado ampliamente que cuando el paciente con hipertensión toma diariamente sus medicinas tal como el médico se lo ordena y las cifras de presión se normalizan, entonces no se le van a presentar ninguna de las complicaciones que hemos referido y puede vivir una vida totalmente normal.

Las personas que tienen presión elevada con gran frecuencia se sienten bien. No tienen síntoma alguno y cuando comienzan a sentirse mal es que ya se les presentó una complicación. Es por eso que hay que descubrir a los hipertensos para ponerles tratamiento.

Las medicinas que bajan la presión arterial hay que tomarlas todos los días en la misma forma. Si el hipertenso deja de tomar un día la medicina la presión le vuelve a subir y esas elevaciones bruscas que se producen al parar el tratamiento son peligrosas.

En ocasiones cuando un paciente comienza a tomar medicinas para bajar la presión, empieza a sentir una serie de manifestaciones que antes no tenía, se siente peor y entonces se cree que a él no le sienta tener la presión baja, porque ya se acostumbró a vivir con ella elevada. Eso no es cierto, nadie se acostumbra a la presión alta, como nadie se acostumbra a vivir con el azúcar alto o con anemia. Lo que sucede es que las medicinas, en ocasiones, al comenzar a tomarlas, producen algunos efectos secundarios que pueden resultar molestos, pero esos efectos desaparecen a los pocos días y si se mantuvieran el médico cambia para otra medicina.

Es necesario insistir una y otra vez que la medicina para bajar la presión hay que tomarla todos los días. No pueden intercalarse días o períodos de descanso, pues entonces se pierde el efecto de dicha me-

dicación. F,1 paciente antes de tomar alguna decisión sobre las medicinas que está tomando, debe ir a consultar con su médico.

Si el hipertenso hace un tratamiento en forma permanente y cómo se le ha indicado. sus arterias no se dañan, su corazón no se le agranda y por tanto no se presentarán las complicaciones de la enfermedad. Podrá llegar a la expectativa de vida que tiene nuestro país actualmente que es de 70 años.

Es necesario recordar que deben igualmente tomarse medidas para evitar el adquirir esta enfermedad. Es decir, cómo prevenirla. Se recomienda para prevenir la hipertensión lo siguiente:

1. Comer poca sal.
2. Mantenerse en su peso normal. No estar gordo.

3. Atenderse bien las enfermedades del riñón.
4. Atenderse bien las anginas, crisis de dolor de garganta con fiebre.
5. Combatir las grasas elevadas en la sangre (colesterol).
6. No fumar.
7. Suprimir los estímulos emocionales mantenidos.
8. Hacer ejercicios físicos diariamente.

Toda persona que haya tenido en algún momento elevación de su presión que después se ha normalizado debe vigilarse periódicamente.

Deben chequearse frecuentemente la presión todos aquellos que tengan varios familiares hipertensos, las mujeres que hayan tenido eclampsia en algún embarazo y los que tengan su presión en el límite superior de la normalidad.

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

PROGRAMA DE HIPERTENSION. MODELO INICIAL

ESTUDIO Q 3 1 Página 1 para Reg. Núm.....

*Identificación y registro:*

Número del Registro:  4-8

Código de Centro  9-10

\*Código de subgrupo  11-12

*Datos de registro:*

Día  Mes  19 Año  13-18

Nombre del médico: \_\_\_\_\_

Nombre del paciente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento:

Día  Mes  1 Año  19-25

\*Lugar de nacimiento: \_\_\_\_\_

Código para el procesamiento de los datos  0 26

Sexo: 1-Hombre 2-Mujer  27

Estado civil: 1-soltero 2-casado 3-divorciado 4-viudo 5-separado 6-otros  
9-desconocido  28

Número de identificación (si existe)  29-42

\*Ocupación (dos números del Código de ILO)  43-44  
x4: trabajo no lucrativo x9: desconocido

Cómo fue detectado: 1-Muestreo 2-Remitido por médico  
3-Remitido por Hospital 4-Por iniciativa del paciente por síntomas 5-Por  
iniciativa del paciente sin síntomas 6-Otros 9-Desconocido  45

Hallazgos: Peso del cuerpo (kg)  46-48  
Altura en cm  49-51

T.A mm de Hg Muestreo Modelo Inicial

Sistólica   52-57  
\*Diastólica Fase 4   58-63  
Diastólica Fase 5   64-69

Frecuencia cardíaca: Muestreo  Modelo Inicial  70-75

Tarjetas No. 1-80

E. C. G. Código de Minnesota  27-35

\*Diámetros cardíacos (RX) (mm)

Largo  Ancho  Transv.  Aort.   
36—41 42—47

\*Fondo de Ojo: 1-Normal 2-Cambios en reflejo arterial  
3-Hemorragias o exudados 4-Edema papilar 5-Catarata  
9-Desconocido  48

Angina de pecho: 1-No 2-Posible 3-Seguro 9-Desconocido  49

Trastornos neurológicos: 1-No 2-Posible 3-Seguro 9-Desconocido  52

Proteinuria: 1-No 2-Trazas 3-Positivo 9-Desconocido  53  
Glucosuria: 1-No 2-Trazas 3-Positivo 9-Desconocido  54  
\*Eritrocitos: 1-No 2-Escasos 3-Abundantes 9-Desconocido  55  
\*Leucocitos: 1-No 2-Escasos 3-Abundantes 9-Desconocido  56  
\*Cilindros: 1-No 2-Escasos 3-Abundantes 9-Desconocido  57

\*K en suero mEq/l  58-59

\*Na en suero mEq/l  60-62

\*Urea en sangre mg/dl  61-35

\*BUN mg/dl  66-68 \*Acido úrico mg/dl  69-71

\*Creatinina mg/dl  72-74 \*Glicemia mg/dl  75-77

Tarjeta No.  80

\*Colesterol en suero mg/dl  27-29

\*Otras pruebas. Especifique:

Historia:

\*Historia de hipertensión en la familia: 1-No 2-Posible 3-Segura

9-Desconocido Padre  30 Madre  31

Hermano o hermana de los padres  32

Hermano o hermana del paciente  33

Hijos del paciente  34

Principales enfermedades en la Historia del paciente. Cod. ICD

.....  35-38

.....  39-42

Historia de Insuficiencia Cardíaca: 1-No 2-Posible 3-Seguro

9-Desconocido  43

El paciente conoce su hipertensión desde: 19 44-45

Se ha tratado con médico la hipertensión: 1-No 2-Sí 9-Desconocido  46

Tratamiento anterior de la hipertensión:

Dieta con limitación de sal: 1-No 2-Débil 3-Estricta 4-Información no  
precisa 9-Desconocido  47

Medicamentos: 1-Ninguno 2-Algunas veces 3-Regularmente 4-Información  
incompleta 9-Desconocido  48

Digitálicos: 1-No 2-Algunas veces 3-Regularmente 4-Información no preci-  
sa 9-Desconocido  49

Operación: 1-No 2-Sí 9-Desconocido  50

Especifique el medicamento: Toma contraceptivos Orales: 1-No 2-Sí

9-Desconocido  51

No. de cigarros al día  52-53

Conclusiones diagnósticas:

Diagnóstico funcional: 1-Hipertensión sin afectar otros órganos; 2-Hipertensión con hipertrofia ventricular izquierda solamente; 3-Hipertensión con afectación de otros órganos; 4-Hipertensión maligna; 5-Para observación; 9-Desconocido  54

Diagnóstico etiológico: 1-No 2-Improbable 3-Probable 4-Seguro 9-Desconocido

Hipertensión esencial  55

Parénquima renal  56

Vasculorrenal  57

Desviación endocrina  58

Otras causas secundarias  59

Especifique  60

Otros padecimientos: Cod. ICD

.....  61-64

.....  61-68

Tarjeta No.  3 80

\*OPCIONAL

PRUEBA DE PERSONALIDAD 16 P. F. RAYMOND. CATELL

1. ¿Es su memoria actualmente mejor que nunca?
  - a) Sí.
  - b) Regular.
  - c) No.
2. ¿Sería LTd. capaz de vivir solo, lejos de todo el mundo, como un ermitaño?
  - a) Sí.
  - b) Ocasionalmente.
  - c) No.
3. Si un hombre dijera que el cielo está abajo y el invierno es caluroso, ¿Cómo llamaría ese hombre a un delincuente?
  - a) Un ganster.
  - b) Un santo.
  - c) Una nube.
4. Cuando Ud. ve gente sucia, desaseada, usted:
  - a) Lo acepta.
  - b) Regular.
  - c) Se siente asqueado y molesto.
- 5- ¿Algunas veces trata usted de ser demasiado cortés con camareros y mozas?
  - a) Sí.
  - b) Ocasionalmente.
  - c) No.
6. En una reunión, ¿prefiere usted dejar que sean otros los que comiencen a contar cuentos y chistes?
  - a) Sí.
  - b) Algunas veces.
  - c) No.

7. ¿Cree usted que la gente debe observar más rigurosamente las normas de la moral?
  - a) Sí.
  - b) Algunas veces.
  - c) No.
8. ¿La mayoría de sus conocidos se alegran realmente de encontrarse con usted en una reunión ?
  - a) Sí.
  - b) Algunas veces.
  - c) No.
9. ¿Preferiría usted ejercitarse por medio de?
  - a) Esgrima y baile.
  - b) Indeciso.
  - c) Boxeo y base ball.
10. ¿Le divierte observar las grandes diferencias que hay entre lo que las personas hacen realmente y lo que dicen que hacen?
  - a) Sí.
  - b) Algunas veces.
  - c) No.
11. Cuando niño, ¿se sintió usted triste por tener que dejar su casa e ir todos los días a la escuela?
  - a) Sí.
  - b) Algunas veces.
  - c) No.
12. ¿Qué hace usted si no prestan atención a una opinión suya?
  - a) La dejo pasar.
  - b) Indeciso.
  - c) El repito hasta que la gente la escucha.
13. ¿Cree usted que necesita evitar las excitaciones porque lo agotan?
  - a) Sí.
  - b) Algunas veces.
  - c) No.
14. Si usted pudiera, ¿qué preferiría jugar?
  - a) Ajedrez.
  - b) Indeciso.
  - c) Bolos.
15. Cuando usted planea hacer una cosa, ¿trata de hacerla usted solo, sin buscar ayuda?
  - a) Sí.
  - b) Algunas veces.
  - c) No.
16. ¿Se niega usted a emplear su tiempo en pensar sobre algo que "pudo ser" ?
  - a) Sí.
  - b) Algunas veces.
  - c) No.
17. ¿Es usted una persona que se libra fácilmente de preocupaciones y responsabilidades?
  - a) Sí.
  - b) Algunas veces.
  - c) No.
18. ¿Ha tenido alguna vez, aunque fuera por un instante, sentimientos de hostilidad hacia sus padres?
  - a) Sí.
  - b) Intermedio.
  - c) No.
19. ¿Aceptaría un trabajo donde tuviera que escuchar todo el día las quejas de empleados o clientes?
  - a) Sí.
  - b) Intermedio.
  - c) No.

20. ¿Cuál de las siguientes palabras es el opuesto del opuesto de inexacto?
- Casual.
  - Preciso.
  - Indefinido.
21. ¿Tiene usted bastante energía en los momentos en que más la necesita?
- Sí.
  - Intermedio.
  - No.
22. ¿Se sentiría usted turbado al ingresar en una colonia nudista?
- Sí.
  - Algunas veces.
  - No.
23. ¿Busca usted las grandes reuniones, rom» fiestas o bailes?
- Sí.
  - Algunas veces.
  - No.
24. Piensa usted que:
- ¿Hay algunos trabajos que no es preciso hacer con tanto cuidado como otros?
  - Intercedido.
  - Cualquier trabajo debe hacerse perfectamente, o no hacerse.
25. ¿Le disgusta algunas veces la forma en que la gente le mira cuando usted va por la calle?
- Sí.
  - Intermedio.
  - No.
26. ¿Que preferiría ser?
- Catedrático.
  - Intermedio.
  - Ganadero.
27. Si un conocido queda mal con usted en cosas de poca importancia, ¿preferiría usted dejar las cosas así antes que pedirle cuentas?
- Sí.
  - Ocasionalmente.
  - No.
28. Preferiría usted ver:
- Una buena película sobre los días azarosos de la colonización.
  - Intermedio.
  - Una comedia ingeniosa sobre la sociedad del futuro.
29. ¿Cuándo a usted le encargan de alguna tarea, insiste en hacerla a su manera o de lo contrario renuncia a hacerla?
- Sí.
  - Algunas veces.
  - No.
30. Cuando en su opinión alguien se comporta con poca educación, usted:
- No dice nada para que no digan que usted es quisquilloso.
  - Intermedio.
  - Le hace saber a esa persona lo que usted piensa.
31. Cuando usted es presentado a alguna persona, usted preferiría:
- Iniciar Una discusión amistosa sobre política o cuestiones sociales.
  - Intermedio.
  - Procurar que él cuente algunos chistes.
32. ¿Cree usted que es cruel vacunar a los niños pequeños y que los padres deberían tener el derecho a pedir que la vacunación se aplace?
- Sí.
  - Intermedio.
  - No.
33. Es mejor confiar en:
- Una póliza de seguros.

- b) Intermedio.  
c) La capacidad personal.
34. ¿Cuándo usted va tomar el tren, se siente un poco apurado, en tensión o ansioso, aun cuando sepa que tiene suficiente tiempo?  
a) Sí.  
b) Algunas veces.  
c) No.
35. ¿Encuentra usted difícil reconocer que se ha equivocado?  
a) Sí.  
b) Algunas veces.  
c) No.
36. En una fábrica, preferiría usted estar a cargo de:  
a) Maquinarias.  
b) Intermedio.  
c) Entrevistar y colocar aspirantes.
37. ¿Qué palabra no concuerda con las otras dos?  
a) Gato.  
b) Próximo.  
c) Sol.
38. Es su salud algo inestable, obligándolo a veces a alterar de pronto sus planes.  
a) Sí.  
b) Ocasionalmente.  
c) No.
39. ¿Le agradaría ser servido por criados?  
a) Sí.  
b) Ocasionalmente.  
c) No.
40. ¿Se halla usted incómodo en compañía de otras personas, de modo que nunca puede hacer el buen papel de que usted se siente capaz?  
a) Sí.  
b) Ocasionalmente.  
c) No.
41. ¿Si usted tuviera más dinero del que necesita para cubrir sus necesidades: daría una buena cantidad del sobrante a las organizaciones de deficiencia o cualquier otra causa valiosa?  
a) Sí.  
b) Intermedio.  
c) No.
42. ¿Se siente usted algunas veces tan encolerizado que cree mejor no decir nada?  
a) Sí.  
b) Intermedio.  
c) No.
13. ¿Puede usted hacer trabajos físicos rudos sin agotarse tan pronto como la mayoría de las personas?  
a) Sí.  
b) Algunas veces.  
c) No.
44. ¿Cree usted que la mayoría de los testigos dicen la verdad, aún cuando les resulte penoso?  
a) Sí.  
b) Intermedio.  
c) No.
45. ¿Encuentra usted que pasear mientras medita lo ayuda a pensar?  
a) Sí.  
b) Algunas veces.  
c) No.
46. Piensa usted que este país debería gastar más en:  
a) Obras públicas.  
b) Intermedio.  
c) Educación.
47. Preferiría usted pasar la noche:  
a) En un juego de cartas.  
b) Intermedio.  
c) Mirando fotografías de sus vacaciones y excursiones.

48. Preferiría usted leer:
- Una novela histórica.
  - Intermedio.
  - Un ensayo científico sobre el aprovechamiento de las fuentes de riquezas minerales.
49. ¿Está usted seguro de que hay más gente buena que tonta en el mundo?
- Sí.
  - Intermedio.
  - No.
50. ¿Tiene usted más ideas y energías para realizar su trabajo que otros individuos que han triunfado?
- Sí.
  - Ocasionalmente.
  - No.
51. ¿Hay momentos en que usted no se encuentra con ánimo de Ver a nadie?
- Muy raramente.
  - Intermedio.
  - Muy a menudo.
52. Cuando usted sabe que está haciendo lo que debe, ¿lo encuentra siempre fácil de hacer?
- Sí.
  - Algunas veces.
  - No.
53. Preferiría usted:
- Ser miembro de una empresa de negocios, para organizar el personal.
  - Intermedio.
  - Ser un arquitecto, haciendo pía nos de edificios.
54. Negro es a gris como dolor es a:
- Herida.
  - Enfermedad.
  - Molestia.
55. ¿Tiene usted siempre un buen dormir, sin caminar, ni hablar en sueños?
- Sí.
  - Intermedio.
  - No.
56. ¿Puede usted, si es necesario, mentirle a un extraño, sin que se le note^ en la cara?
- Sí.
  - Ocasionalmente.
  - No.
57. Ha participado usted alguna vez, en la organización de un club, equipo . o grupo.
- Sí.
  - Ocasionalmente.
  - No.
58. Admira usted más:
- Una persona interesante, pero que no es de fiar.
  - Intermedio.
  - A una persona corriente, que tiene fuerza de voluntad para resistir a las tentaciones.
59. ¿Cuándo usted expone una queja justa, obtiene siempre satisfacción adecuada?
- Sí.
  - Algunas veces, el No.
60. ¿Las circunstancias adversas lo ponen a punto de llorar?
- Sí.
  - Ocasionalmente.
  - No.
61. ¿Cree usted que muchos extranjeros que viven aquí son “mejor gente” de lo que suele pensar?
- Sí.
  - Algunas veces.
  - No.”

62. ¿Hay momentos todos los días en que prefiere entregarse a sus propios pensamientos, lejos de otras personas?
- Sí.
  - Ocasionalmente.
  - No.
63. ¿Algunas veces se desespera usted frente a pequeñas normas y restricciones que, en momentos de calma, encuentra bien?
- Sí.
  - Intermedio.
  - No.
64. ¿Cree usted que gran parte de la llamada “enseñanza moderna” es menos buena que la vieja idea de “la letra con sangre entra”?
- Sí.
  - Algunas veces,
  - No.
65. ¿Aprendió usted más durante sus estudios?
- Asistiendo a clases.
  - Intermedio.
  - Leyendo libros.
66. ¿Evita usted verse envuelto en responsabilidades sociales?
- Sí.
  - Algunas veces.
  - No.
67. Cuando un problema se pone muy difícil y hay mucho que hacer, intenta usted:
- Resolver un problema distinto.
  - Intermedio.
  - Resolver de otra forma el mismo problema.
68. ¿Algunos acontecimientos de poca monta le producen emociones fuertes, como ansiedad, alegría, cólera, etcétera?
- Sí.
  - Ocasionalmente.
  - No.
69. ¿A veces su cabeza deja de trabajarle tan bien como en otras ocasiones?
- Sí.
  - Intermedio.
  - No.
70. ¿Complace usted a las personas aceptando citas a horas que a ellos les conviene ?
- Sí.
  - Algunas veces.
  - No.
71. Si la madre de María es hermana del padre de Juan, ¿qué parentesco tiene Juan con el padre de María?
- Primo.
  - Sobrino.
  - Tío.
72. ¿ Encuentra mal hecho el trabajo de muchas personas?
- Sí.
  - Ocasionalmente.
  - No.
73. ¿Le molestan los individuos que dicen que pueden hacer las cosas mejor que los demás?
- Sí.
  - Ocasionalmente.
  - No.
74. ¿Le encantaría a usted sáfir de viaje casi a cada momento?
- Sí.
  - Ocasionalmente,
  - No.

75. ¿Ha estado alguna vez próximo a desmayarse por un dolor súbito o por la vista de la sangre?
- Sí.
  - Intermedio.
  - No.
76. ¿Habla usted con algunas personas sobre temas de actualidad?
- Sí.
  - Algunas veces.
  - No.
77. Preferiría usted ser:
- Ingeniero.
  - Intermedio.
  - Profesor de teorías sociales.
78. ¿Ha tenido a menudo que contenerse para evitar el tratar de arreglar los problemas de los demás?
- Sí.
  - Algunas veces.
  - No.
79. ¿Con cuántos de sus conocidos encuentra usted que es aburrido hablar?
- Con la mayoría.
  - Intermedio.
  - Prácticamente con ninguno.
80. Si en lo que usted lee hay propaganda disimulada, ¿deja de advertirlo, a menudo que otro se lo señale?
- Sí.
  - Ocasionalmente.
  - No.
81. ¿Cree usted que todas las narraciones y cuentos deben tener una enseñanza moral?
- Sí.
  - Algunas veces.
  - No.
82. ¿De dónde surgen mayores dificultades para las personas?:
- De meterse a cambiar métodos que hasta ahora han dado resultado;
  - Intermedio;
  - De oponerse a los métodos nuevos, modernos.
83. ¿Ha dudado usted algunas veces en usar sus propias ideas, porque las cree poco prácticas?
- Sí.
  - Intermedio.
  - No.
84. ¿Alguna gente "fina" parece molestarse cuando lo ven venir a usted?
- Sí.
  - Algunas veces.
  - No.
85. ¿Puede usted confiar en que su memoria no le falle aun en detalles?
- Sí.
  - Algunas veces.
  - No.
86. ¿Es algunas veces menos considerado con otras personas, de lo que son ellas con usted?
- Sí.
  - Ocasionalmente.
  - No.
87. ¿Tarda usted más que otras personas en decir lo que desea?
- Sí.
  - Algunas veces.
  - No.
88. Si las dos manecillas del reloj se unen exactamente cada 65 minutos, el reloj está andando:
- Lentamente.
  - Exactamente.
  - Rápidamente.
89. ¿Se pone usted furioso de impaciencia cuando alguien lo demora?
- Sí.

- 1)) Ocasionalmente,  
c) No.
85. ¿Se dice que usted es una persona que ;i "ípre trata de hacer lo que quiere?  
a) Sí.  
b) Ocasionalmente.  
c) No.
86. ¿Demora usted en quejarse si no le dan el material adecuado para trabajar?  
a) Sí.  
b) Algunas veces.  
c) No.
87. En su casa, usted:  
a) Usa el tiempo libre charlando y descansando.  
b) Intermedio.  
c) Planea emplear ese tiempo en trabajos especiales.
88. ¿Es usted tímido y cuidadoso para hacer amistad con nuevas personas?  
a) Sí.  
b) Ocasionalmente.  
c) No.
89. ¿Cree usted que lo que se trata de decir en verso, podría decirse igualmente bien en lenguaje corriente?  
a) Sí.  
b) Algunas veces.  
c) No.
90. ¿Sospecha usted que personas que se muestran muy amistosas con usted son algunas veces desleales a sus espaldas?  
a) Sí.  
b) Ocasionalmente.  
c) No.
91. ¿Aún las más dramáticas experiencias que usted tiene durante el año dejan su personalidad sin cambio alguno?  
a) Sí.  
b) Algunas veces.
- c) No.
92. ¿Habla usted lentamente?  
a) Sí.  
b) Algunas veces.  
c) No.
93. ¿Tiene usted miedo o asco incontrolable hacia algunas cosas, como por ejemplo, un animal, un lugar, etcétera?  
a) Sí.  
b) Algunas veces.  
c) No.
94. En un grupo, preferiría usted ser la persona que:  
a) Trabaja en perfeccionamientos técnicos.  
b) Intermedio.  
c) Lleva las anotaciones y vigila para que se cumplan las reglas.
95. Para decidir cómo votar en algún problema social, Ud. leería:  
a) Una novela bien escrita sobre este asunto.  
b) Intermedio.  
c) Un libro que contenga estadística y otros datos.
96. ¿Tiene usted sueños nocturnos que son muy fantásticos?  
a) Sí.  
b) Ocasionalmente.  
c) No.
97. Si se queda absolutamente solo en una casa durante cierto tiempo, siente alguna ansiedad?  
a) Sí.  
b) Algunas veces.  
c) No.

Usted debe estar seguro de haber marcado una respuesta a cada cuestión; solamente una respuesta a cada una.

HOJA DE RESPUESTA DE LA PRUEBA DE PERSONALIDAD DE CATELL

NOMBRE Y APELLIDOS.....

EDAD.....

1) a b c	18) a b c	35) a b c	52) a b c	69) a b c	86) a b c
2) a b c	19) a b c	36) a b c	53) a b c	70) a b c	87) a b c
3) a b c	20) a b c	37) a b c	54) a b c	71) a b c	88) a b c
4) a b c	21) a b c	38) a b c	55) a b c	72) a b c	89) a b c
5) a b c	22) a b c	39) a b c	56) a b c	73) a b c	90) a b c
6) a b c	23) a b c	40) a b c	57) a b c	74) a b c	91) a b c
7) a b c	24) a b c	41) a b c	58) a b c	75) a b c	92) a b c
8) a b c	25) a b c	42) a b c	59) a b c	76) a b c	93) a b c
9) a b c	26) a b c	43) a b c	60) a b c	77) a b c	94) a b c
10) a b c	27) a b c	44) a b c	61) a b c	78) a b c	95) a b c
11) a b c	28) a b c	45) a b c	62) a b c	79) a b c	97) a b c
12) a b c	29) a b c	46) a b c	63) a b c	80) a b c	96) a b c
13) a b c	30) a b c	47) a b c	64) a b c	81) a b c	98) a b c
14) a b c	31) a b c	48) a b c	65) a b c	82) a b c	99) a b c
15) a b c	32) a b c	49) a b c	66) a b c	83) a b c	100) a b c
16) a b c	33) a b c	50) a b c	67) a b c	84) a b c	101) a b c
17) a b c	34) a b c	51) a b c	68) a b c	85) a b c	102) a b c

MODELO DE AUTOANALISIS

NOMBRE Y APELLIDOS

SEXO:

EDAD:

1. Mi interés por las personas y diversiones tiende a cambiar rápidamente.	Cierto	Dudoso	Falso
2. Aún cuando se piense pobremente de mí, puedo mantenerme sereno.	Cierto	Dudoso	Falso
2. Cuando voy a exponer un argumento me gusta esperar hasta estar seguro de estar en lo cierto.	Cierto	Dudoso	Falso
4. Permito a veces que los celos influyan sobre mis acciones.	Cierto	Dudoso	Falso
5. Si tuviera que vivir de nuevo mi vida:			
a) La planearía diferente.			
b) La quisiera igual.	A	Dudoso	B
6. Admiro la actuación de mis padres en todos los asuntos importantes.	Sí	Dudoso	No

- |   |          |           |                   |
|---|----------|-----------|-------------------|
| 7. Encuentro duro que me digan que no, aún cuando sepa que lo que pido es imposible. Cierto                                     |          | Dudoso    | Falso             |
| 8. Cuando alguien se muestra conmigo más amigable de lo que yo pudiera esperar dudo de su honradez.                             | Cierto   | Dudoso    | Falso             |
| 9. Mis padres (o sustitutos) al exigir o imponer obediencia eran:<br>a) Siempre muy razonables.<br>b) A menudo poco razonables. | A        | Dudoso    | B                 |
| 10. Necesito más a mis amigos que lo que ellos aparentan necesitar de mí.   |          | Rara vez  | A veces A menudo  |
| 11. Estoy seguro de poderme controlar ante una emergencia.  |          | Siempre   | A menudo Rara vez |
| 12. De niño tenía miedo a la oscuridad.   | A menudo | A veces   | Nunca             |
| 13. Algunas veces me dicen que demuestro demasiado mi nerviosismo en la voz y en los gestos.                                    | Sí       | Dudoso    | No                |
| 14. Si la gente se aprovecha de mi amistad yo:<br>a) Me siento y me mantengo en esta actitud.<br>b) Pronto perdono y olvido.    | A        | Dudoso    | B                 |
| 15. La clase de crítica personal que mucha gente hace lejos de ayudarme, me perturba. A menudo                                  | A veces  | Nunca     |                   |
| 16. A menudo, de pronto me da ira con la gente.   | Cierto   | Dudoso    | Falso             |
| 17. Me siento intranquilo, como si quisiera algo pero no supiera qué.   |          | Muy rara- | A veces A menudo  |
|   | mente    |           |                   |
| 18. Dudo a veces de que las personas estén realmente interesadas en lo que estoy diciendo.                                      | Cierto   | Dudoso    | Falso             |
| 19. Nunca he tenido sentimientos vagos de mala salud como dolores oscuros, malas digestiones, palpitaciones, etc.               | Cierto   | Dudoso    | Falso             |
| 20. Me enoja tanto discutiendo con algunas personas que casi no me atrevo a hablar. A veces                                     | Rara vez | Nunca     |                   |
| 21. Preocupándome gasto más energías, cuando tengo que hacer algo, que las que gastan los demás en hacerlo.                     | Cierto   | Dudoso    | Falso             |

22. Hago el propósito de no distraerme u olvidarme de los detalles. Ciertamente Dudosamente Falso
23. A pesar de que tropiece con obstáculos difíciles y desagradables, siempre persevero e insisto en mis propósitos originales. Sí Dudosamente No
24. Ante las contrariedades propendo a estar nervioso y confundido. Sí Dudosamente No
25. Siempre tengo suficiente energía cuando confronto dificultades. Sí Dudosamente No
26. A veces tengo sueños muy claros que perturban mi descanso. Sí Dudosamente No
27. A veces me siento obligado a contar cosas sin ningún propósito particular. Ciertamente Dudosamente Falso
28. La mayoría de las personas son un poco raras aunque no les guste admitirlo. Sí Dudosamente No
29. Si cometo un error social comprometedor puedo olvidarlo pronto. Sí Dudosamente No
30. Me siento malhumorado y no deseo ver gente:  
a) Ocasionalmente.  
b) Más bien a menudo.
31. Cuando mis cosas salen mal casi lloro. Nunca Muy rara- A veces mente
32. A pesar de estar en una reunión social a veces me siento agobiado por sentimientos de insignificancia. Sí Dudosamente No
33. Despierto por la noche y debido a las preocupaciones tengo dificultad en dormirme otra vez. A menudo A veces Nunca
34. Mi ánimo generalmente se mantiene alto a pesar de cuantas dificultades afronte. Sí Dudosamente No
35. A veces tengo sentimientos de culpa o remordimiento por pequeños asuntos. Dudosamente No Sí
36. Mis nervios se me ponen tan de punta que ciertos sonidos por ej. una bisagra chirriante, se me hace inaguantable y me da escalofríos. \ menudo A veces Nunca
37. Cuando algo me saca de quicio recobro la calma rápidamente. Ciertamente Dudosamente Falso

- |   |        |        |       |
|---|--------|--------|-------|
| 38. Tengo tendencia a temblar o sudar cuando tengo por delante una labor difícil.   | Sí     | Dudoso | No    |
| 39. Habitualmente me duermo con facilidad.  | Sí     | Dudoso | No    |
| 40. A veces me preocupo e inquieto al pensar en mis asuntos e intereses inmediatos. | Cierto | Dudoso | Falso |

PROGRAMA DE HIPERTENSION  
ENCUESTA PSICOSOCIAL

*Entrevista a pacientes hipertensos inasistentes a la consulta de seguimiento*

Nombre paciente:..... Edad:..... Sexo:.....

Tipo de Inasistente:..... Inicial:..... Repitente:.....

Dirección: ..... Entrevistó:.....

Saludo: Yo soy Activista de la FMC de esta zona y estamos haciendo un trabajo para el Policlínico de esta área. ¿Podría conversar un rato con Ud.?

Como recordará Ud. se le citó en días pasados para asistir a la consulta del Policlínico. Como existe gran interés en que Ud. mantenga su asistencia a la misma, quisiéramos conversar brevemente sobre esto.

¿A Ud. le visitó un Alumno de la Escuela de Medicina que le tomó la presión y la enfermera de terreno le trajo su turno?

1. ¿Sabía Ud. antes de esa visita que tenía la presión alta?

1. .... Sí.
2. .... Me lo imaginaba, por presentar determinados síntomas.
3. .... No.
4. .... Otras: .....

(Para los que lo sabían con anterioridad)

2. ¿En alguna ocasión se la ha tratado?

1. .... Sí
2. .... No
3. .... Otros: .....
4. .... No lo sabía.

3. ¿Cómo le fue con los tratamientos anteriores?

1. .... Todos le asentaron.
2. .... Algunos le asentaron.
3. .... Ninguno le asentó.



4. .... Otras: .....

Como Ud. sabe, las personas tienen distintas ideas sobre las enfermedades y la forma de curarse. En su caso:

12. ¿Cree Ud. que exista algún remedio casero o alguna creencia que pueda ayudarle en la cura o mejoría de su enfermedad?

(DM)

1. .... Remedio casero.
2. .... Creencia.
3. .... No cree en nada de eso.
4. .... Otras .....
5. .... No respuesta.

13. Cree Ud. que su enfermedad: (DM)

1. .... ¿Es mejor no conocerla y dejar la salud en manos de Dios o del destino?
2. .... ¿Es de origen nervioso y sólo Ud. puede controlarla?
3. .... ¿Es producto de toda una serie de problemas personales que tiene?
4. .... ¿Se debe tratar con un médico?
5. .... Otras: .....
6. .... No respuesta.

14. ¿Cree Ud. que el seguir un tratamiento médico le trae algún beneficio, como por ejemplo, el reducir las molestias de la enfermedad y el evitar complicaciones, o que en sí, el tratamiento no logra cambios notables?

1. .... Produce cambios favorables.
2. .... No produce cambios favorables notables.
3. .... Otras: .....

15. ¿Padece Ud. de alguna otra enfermedad?

1. .... Sí
2. .... No.

(Si las padece)

16. ¿Cuáles? .....

.....  
.....



10. .... Se ha demorado mucho en el Policlínico en las visitas anteriores.
11. .... Otros: .....
12. .... No es inasistente repitente.
21. En sus visitas anteriores al Policlínico, para atenderse su problema de la presión alta, el médico, además de tomarle la presión y ponerle el tratamiento, conversó con Ud. sobre su enfermedad explicándole algunos aspectos de la misma; le tomó la presión y le puso el tratamiento, sin entrar en conversación alguna.
1. .... Además de tomarle la presión y ponerle el tratamiento, conversó con él sobre su enfermedad.
2. .... Sólo le tomó la presión y le puso el tratamiento.
3. .... Otras: .....
4. .... No es inasistente repitente.
22. En sus visitas anteriores a la consulta, ¿las cosas ocurrieron como Ud. deseaba?
1. .... Sí    3. .... Otras: .....
2. .... No    4. .... No es inasistente repitente.
23. El responsable de salud o algún otro compañero del CDR, ha hablado con Ud. sobre su Hipertensión?
1. .... Sí    3. .... Otras: .....
2. .... No.
- Quisiéramos conversar con Ud. ahora sobre otros aspectos de su vida en general, su trabajo, su familia, su casa... ¿Está de acuerdo?
24. ¿En qué trabaja? .....
- .....
25. ¿Qué horario de trabajo tiene? .....
26. ¿Cuánto gana Ud.? .....
27. ¿Cuántos ingresos hay en la casa aparte del suyo? .....
28. ¿Se ve obligado a trabajar fuera de su horario normal?
1. .... Diariamente    5. .... Nunca.
2. .... Semanalmente    6. .... Otras: .....
3. .... Quincenalmente    7. .... No respuesta.
4. .... Mensualmente.

29. ¿Ud. siente que las exigencias de su trabajo son más de lo que Ud. puede, o por el contrario, puede llevar bien todas sus responsabilidades laborales?

1. \_\_\_\_\_ Sí siente que son más de lo que puede.

2. \_\_\_\_\_ No siente que son más de lo que puede.

3. \_\_\_\_\_ Otras: \_\_\_\_\_

4. \_\_\_\_\_ No respuesta.

30. ¿Tiene Ud. oportunidad de distraerse o recrearse en algunas ocasiones, o sea, ir al cine, a pasear, a bailar, sentarse a leer algún libro, ver la televisión o algo similar?

1. \_\_\_\_\_ Semanalmente      3. \_\_\_\_\_ Nunca.

2. \_\_\_\_\_ Mensualmente.

31. ¿Cuáles son las distracciones que más tiene? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

32. ¿Qué escolaridad tiene Ud.? \_\_\_\_\_

33. ¿Está estudiando actualmente?

1. \_\_\_\_\_ Sí      2. \_\_\_\_\_ No.

3. \_\_\_\_\_ Otras: \_\_\_\_\_

34. ¿Qué estudia? \_\_\_\_\_

35. ¿Cuál es su estado civil?

1. \_\_\_\_\_ Casado      4. \_\_\_\_\_ Viudo.

2. \_\_\_\_\_ Soltero      5. \_\_\_\_\_ Otras: \_\_\_\_\_

3. \_\_\_\_\_ Divorciado.

36. ¿Tiene hijos?: \_\_\_\_\_ Hembras: \_\_\_\_\_ Varones: \_\_\_\_\_

37. En total, ¿cuántas personas viven en la casa?

38. ¿Cuántas habitaciones tiene la casa? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Ya con esto, terminamos nuestra conversación. ¿Hay algo que Ud. quiera agregar sobre lo que hemos hablado? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

GUIA PARA EL ESTUDIO DE LOS CASOS DE  
HIPERTENSION ARTERIAL EN EL HOSPITAL

*Historia clínica completa:*

Recordar, además: Presión arterial en los cuatro miembros.

Fondo de ojo. Soplos en epigastrio, flancos y regiones lumbares-tactos rectal y vaginal.

Electrocardiograma. Hemograma. Urea. Glicemia. Orina. Heces fecales. Eritrosedimentación. Electroforesis de proteínas. Cisturia minutada. Ionograma. Calcio. Fósforo. Serología. Acido úrico. Urocultivo. Filtrado glomerular. Sulfonfenoltaleína. Catecolaminas en orina. Vanililmandélico en orina. Aldosterona en sangre y orina. Actividad de renina del plasma. Pielografía minutada. Telerradiografía de corazón. Angiografía renal. Renograma isotópico. Prueba de regitina. *Test* de Howard. Biopsia renal. Prueba de la espirolactona. *Test* de angiotensina. Colesterol. Lípidos totales. 17hidroxicorticoides. 17cetosteroides.

SERVICIO DE OFTALMOLOGIA  
INFORME DEL FONDO DE OJO

*Paciente:*

*Papila:*

Color  
Forma.  
Tamaño.  
Superficie.  
Rordes.  
Capilares.

*Fasos:*

Arterias.  
Venas.  
Entrecruzamiento.  
Relación arterio-vena (R.A/V).

*Mácula:*

Fovea.  
Paramacular.

*Resto del fondo:*

Cuadrante temporal superior.  
Cuadrante temporal inferior.  
Cuadrante nasal superior.  
Cuadrante nasal inferior.

*Observaciones:*

*Conclusiones:*

Fecha:

Firma del oftalmólogo

DEPARTAMENTO DE RADIOLOGIA  
INFORME DEL PIELOGRAMA MINUTADO

Tiempo de aparición del contraste riñón derecho: \_\_\_\_\_

Tiempo de aparición del contraste riñón izquierdo: \_\_\_\_\_

Tamaño del riñón derecho: \_\_\_\_\_(cm).

Tamaño del riñón izquierdo: \_\_\_\_\_(cm).

DENSIDAD DEL CONTRASTE

\_\_\_\_\_ Asimetría.

\_\_\_\_\_ No Asimetría.

¿Dónde se observa la mayor densidad?:

Úreter festoneado: \_\_\_\_\_ Sí. \_\_\_\_\_ No.

Otras alteraciones: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

MINISTERIO DE SALUD PUBLICA

PROGRAMA DE HIPERTENSION. MODELO ANUAL DE SEGUIMIENTO

ESTUDIO Q 3 2

Identificación:

No. de Reg. Inicial:  4-8

Código de centro:  9-10

Código de subgrupo:  11-12

Fecha de nacimiento: Día  Mes  Año 19  13-18

Médico de asistencia:

Nombre del paciente:

Fecha de nacimiento: Día  Mes  Año 1  19-25

Lugar de nacimiento:

1. Seguimiento durante 1 año.

2. Seguimiento durante 2 años  26

Sexo: 1-Hombre. 2-Mujer  27

Estado civil: 1-Soltero; 2-Casado; 3-Divorciado; 4-Viudo; 5-Separado; 6-Otros; 9-Desconocido  28

Número de Identificación (si existe).

\*Ocupación (dos números del Cod. ILO)  43-44

x4. Trabajo no lucrativo.

x9. Desconocido.

Hallazgos:

Peso corporal (kg)  45-47

Presión sanguínea mm de Hg.

	Sentado	De pie	
Sistólica	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	48-53

*Diastólica, fase 4	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	54-59
---------------------	--	--	-------

Diastólica, fase 5	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	60-65
--------------------	--	--	-------

Frecuencia cardíaca  66-68

ECG Cod. de Minnessota  69-77

Tarjeta No.  80

Angina de pecho: 1-No; 2-Posible; 3-Seguro; 9-Desconocido  27

Insuficiencia cardíaca: 1-No; 2-Posible; 3-Seguro; 9-Desconocido.

Izquierda  Derecha  28-29

Patología del SNC: 1-No; 2-Posible; 3-Seguro; 9-Desconocido  30

Si la hay especifique:

Proteinuria: 1-No; 2-Trazas; 3-Positivo; 9-Desconocido  31

Glucosuria: 1-No; 2-Trazas; 3-Positivo; 9-Desconocido  32

\*Eritrocitos: 1-No; 2-Escasos; 3-Abundantes; 9-Desconocido  33

\*Leucocitos: 1-No; 2-Escasos; 3-Abundantes; 9-Desconocido  34

\*Cilindros granulosos: 1-No; 2-Escasos; 3-Abundantes; 9-Desconocido  35

\*K en suero mEq/l  36-37      \*Na en suero mEq/l  38-40

\*Urea en sangre mg/dl  41-43      \*BUN mg/1  44-46

\*Acido úrico mg/dl  47-49      \*Creatinina mg/1  50-52

\*Glicemia mg/dl  53-55      \*Colesterol mg/dl  56-58

El resto de los informes precisarlos:

Conclusiones diagnósticas:

Diagnóstico funcional:

1. Hipertensión sin trastornos de otros órganos.
2. Hipertensión con HVI.
3. Hipertensión con trastornos de otros órganos.
4. Hipertensión maligna.
5. En observación. 9-Desconocido  59

Diagnóstico etiológico: 1-No; 2-No es probable; 3-Posible; 4-Seguro; 9-Desconocido.

Hipertensión esencial  60 Parénquima renal  61

Renovascular  62 Desviación endocrina  63

Otras causas secundarias  64 Precisar  65

Otros diagnósticos desde el último reporte. Cod. ICD.

.....  69-99

.....  70-73

Tratamiento:

Hipotensores. Actualmente: 1-No; 2-Sí; 9-Desconocido  74

\*Nombre de medicamentos. Dosificación:

\*Medicamentos empleados desde el último reporte:

Tarjeta No.  80

\*Otros tratamientos (precisar):

Efectos secundarios: 1-No; 2-Sí; 9-Desconocido  27

Si los hay diga cuáles:

\*Especifique la droga:

¿Los efectos secundarios hicieron variar el tratamiento?: 1-Sin cambio; 2-Disminución de las dosis; 3-Suspensión; 8-No valorable;

9-Desconocido.  28

No. de visitas del paciente:  29-30

No. de visitas domiciliarias por la hipertensión:  31-32

No. de inasistencias  33-34

No. de días de hospitalización desde el último chequeo  35-37

Control de la presión arterial: 1-Buena; 2-Mediana; 3-Mala; 9-Desconocido  38

Emplea medicación anticonceptiva: 1-No; 2-Sí; 9-Desconocida  39

No. de cigarrillos diarios  40-41

Estado laboral: Tiempo completo sem/año  42-43

Parcialmente sem/año  44-45 Ausencia por enfermedad sem/año  46-47

Retiro por enfermedad: 1-Sí; 2-No; 8-No valorable; 9-Desconocido  48

La actividad del paciente fue: 1-Normal; 2-Ligeramente disminuida; 3-Marcadamente disminuida; 9-Desconocido  49

Si no fue anualmente controlado. ¿Por qué?. 1-Curado; 2-Se mudó; 3-Negligencia; 4-Murió; 5-Otros; 8-No valorable; 9-Desconocido  50

Si falleció, causa de la muerte. Cod. ICD.  51-54

Precisar:

Tarjeta No.  80

\*Opcional

CUADRO I  
PREVALENCIA DE HIPERTENSION ARTERIAL SEGUN RAZA Y SEXO  
(MAYORES DE 15 AÑOS)  
CUBA

Raza	AREA SALUD POLICLINICO "CARLOS J. FINLAY" HABANA-CUBA								
	M			F			AMBOS SEXOS		
	PE	Casos	%	PE	Casos	%	PE	Casos	%
Bl	1 896	221	11,6	2 468	331	13,4	4 364	552	12,6
N	536	85	15,8	765	209	27,3	1 301	294	22,5
M	356	51	14,3	526	111	21,2	882	162	18,3
S.C.	44	10		44	8		88	18	
Total	2 832	367	12,9	3 803	659	17,3	6 635	1 026	15,4

## CUADRO II

PREVALENCIA DE HIPERTENSION-ARTERIAL SEGUN EDAD Y SEXO (MAYORES DE 15 AÑOS)

CUBA

Grupo de edades	MASCULINO			FEMENINO			AMBOS SEXOS		
	P. encues- tada	Hiper- tensos	%	P. encues- tada	Hiper- tensos	%	P. encues- tada	Hiper- tensos	%
15 - 19	231	16	6,9	341	10	2,9	572	26	4,5
20 - 29	639	22	3,4	829	24	2,8	1 468	46	3,1
30 - 64	1 600	241	15,0	2 207	452	20,4	3 807	693	18,1
65 y más	362	88	24,3	426	173	40,6	788	261	33,1
Total	2 832	367	12,9	3 803	659	17,3	6 635	1 026	15,4

### SUMMARY

Macías Castro, I. *An experimental model of a national health Programme for the comprehensive care of the patients with arterial hypertension.* Rev Cub Med 14: 1, 1975.

A programme for the control of hypertension in the community is presented. In the base line survey that was made at the beginning the prevalence of hypertension was 15,4% in the people over 15 years of age. Similar screenings that had been made in Cuba gave similar figures. It is estimated about 800 000 hypertensives in the whole country according to its populations of eight and a half million. The Programme is using the criterias and some of the record forms recommended by the WHO in its Programme on Hypertension. It is define when a person must be considered as suffering of high blood pressure and how to study it in the basic unit of the health Services (Health Centre or Polyclinic), and in the General Hospital. Medicaly rare of the hypertensive population includes Primary Prevention, Secondary Prevention and Tertiary Prevention activities, and the patient is regarded as a biopsychosocial unit. The Programme operates with the personnel and the existing framework of the Polyclinic. No special offices are created. The study of the patients and the follow-up is made by the General Practitioner and the specialist in Internal Medicine who works in the Polyclinic. The establishment of a Hypertension Clinic is not recommended. To reduce the number of dropouts to less than 10% the People's Masses Organisations called "Revolution Defense Committees" (CDR), and "Cuban Women Federation" (FMC), are used. As a complemente of the Programme some investigative works on hypertension are being made.

### RESUME

Macías Castro, I. *Modèle experimental d'un programme de santé national pour l'attention intégrale du patient avec hypertension artérielle.* Rev Cub Med 14: 1, 1975.

On décrit la structure et l'organisation d'un programme pour l'attention médicale intégrale des hypertendus. Dans l'enquête initiale réalisée dans le programme, la fréquence de l'hypertension dans la population de plus de 15 ans fut 15,4%. D'autres études de prevalence réalisées á Cuba ont donné des chiffres similaires. On calcule que pour une population de 8 millions et demi d'habitants, il doit y avoir 800 000 hypertendus á peu prés. Dans le programme on á utilisé les critères de l'OMS pour la classification et l'étude des cas, ainsi que quelques modeles recommandés par cette organisation. On établit les normes et les critères pour considérer un cas comme porteur d'hypertension, ainsi que pour leur étude chez la polyclinique et l'hopital. L'attention médicale intégrale inclut des mesures de prévention primaires, secondaires et tier- ciales avec una conception biopsychosociale des patients. On développe le programme avec la structure et l'organisation de la polyclinique et la participation de tout l'équipe de santé di' celle-lá, sans ta création de nouvelles consultations spécialisées pour les hypertendus. Le controle de ceux qui n'assitent pas se base sur les organisations de masse: CDR et FMC, qui l' ont réduit á moins du 10%. Comme objectifs complémentaires on établit les recherches qu'on doit réaliser á Cuba sur le problème d'hypertension artérielle.

MacaaC KcCTpo H. 3kcüepaMehtajiBHan MonejiB HaixuoHajrtHoS nporpaMMH tlhh MHoroCTpitiHHero oocJiyxaBaHHH OÖJLHHX apTepaajn>Hofi ranepTeH3aeft. Rev Cub id 141 1, 1975»

OnaCHBaeTcn cTpyKTypa a opraHasanjw nporpaMMH MHoroCTopoHHero Mejjizmi- **HCKoro** ooc ^MBaHHH jyw uojibhhx ranepTeH3aeft. lipa HanajiBHOM onpoe a paMKax nporpaMMH, OTMET&iacfc ^acTOTa ranepTeH3aa paBHa 15,4% epemi HaejieHHH b ^03pacTe CBHme 15 jieT. flpyae accjieEOBaHaH 'lacTora Hany- tie jaBajiK . . . iajioriraHHe pesyjiBTara. Ha 8 c nojiOBHHoH MajiuaoHa HaejieHUH pacTOTHBaeTOfl okojiio 800 000 jnm, cTpaJanipix ranepTeH3ae8. HcocTaB- jieHiiH nporpaMMH nen o jib 3 o Bajiac b peicoMetmaiaa B03 b OTHOEieHHe KJiacckjn- Kaqaa a H3jrqeHHH oöjithHx, a Tarase HeicoTopHe B3 MOflejieH, npejuioseHHHX 3TOI opraHH3auHeK. YcTaHOBJeHH hopmh a icpaTepaa "HocaTejin ranepTeH3aa" a Tarase hopmh iulh a3yqeHaH b nojunoiiaHHKa a oöjibHaiiax. MHoroCTopoHHee MepanaHCKoe oöcjiyctaBaHHe BKjiKraaeT MepH nepB3'iHofi, BTopa^HoK a TpeTBeji npo\$ajiaKTaKa c iaoncaxoconajibiHoft KOHQeHcaefl o öojtehHX. yporpaMMA pa- 3BaBaeTefl Ha <5a3e cTpyKTypH a opraHa3arcaa nojonmaHana a npa y^acTza BceH KOMaHjm 3jiopoBM nojiaKjiaHaKB tie3 co3naHan cneuaajiBHoru npaeMa ju ÖojibHHX ranepTeH3aeft. KoHTpojib HeHBjiHKmaxfl BejieTCH MaccobHMa op- paHH3anaHMB - KoMaTeTaMa sanara peBOJinnaa a iejiepartae KyoaHCKax ceH- maH, KOTopae cHa3apai cooTBeTCTByxnaH noKa3aTejn> jo MeHBme IO^T. B KaH- ecTBe flonojiHiiTejiBHHX uejieS BHjBaraeTCH Bonpoc o6 accoiejioBaHflx, koto- pue cjejiyeT npoBOEaTB b Hameft cTpaHe no npodjieMe apTepaajiBHon ranepT- eH3aa.

## BIBLIOGRAFIA

1. —**Laragh, J. H.** Symposium on hypertension. *Am J Med* 52: 1, 1972.
2. —**Finnerty, F. A. et al.** Hypertension in the inner city. Detection and follow-up. *Circulation* 47: 76, 1973.
3. —**Castellanos Dumois, A.** Estudio de prevalencia de cardiopatías congénitas y adquiridas en el regional Plaza de la Revolución. Tesis de grado. Instituto de Cardiología. Habana, 1972.
4. —**Yee Durañona, N.** Encuesta sobre prevalencia de cardiopatía congénita y adquirida en el regional Artemisa. Tesis de grado. Instituto de Cardiología, Habana, 1972.
5. —**Dueñas Herrera, A.** Estudio epidemiológico de la cardiopatía isquémica e hipertensión arterial entre los obreros de la Industria Textilera Ariguanabo. Tesis de grado. Habana, 1974.
6. —**Mortalidad, 1972.** Dirección Nacional de Estadística del Ministerio de Salud Pública.
7. —**Freis, E. D.** Hypertension: A challenge in preventive cardiology. *Circulation* 47: 1, 1973.
8. —**Lind, G. V. et al.** Die arterielle Hypertonie bei Männern mittleren Alters; Das Deutsche Gesundheitswesen. 40: 1873, Oktober 1972 (D.D.R.).
9. —**Freis, E. D.** El tratamiento médico de la hipertensión arterial crónica; Conceptos modernos sobre enfermedades cardiovasculares. 40: 21, abril, 1971.
10. —**Chiang, B. N. et al.** Overweight and hypertension: A review; *Circulation*, 39: 403, 1969.
11. —**Wood, J. E. et al.** Primary prevention of hypertension. *Circulation* 42: A-39, 1970.
12. —**Glezer, G. A. and N. P. Moskalenko.** The physiological and pathological hemodynamic changes in orthostasis in subjects with a normal arterial pressure *Cor Vasa* 4: 265-277, 14, 1972 (URSS).
13. —**Cubero Menéndez, O. et al.** Presión arterial en Cuba, estudio de 12 000 tomas. *Rev Cub Med* 13: 259-280, 1974.
14. —**WHO: CVD/72.1.**
15. —**Marek, J. et al.** Vylucovani noradrenalinu, adrenalinu a dopaminu moci u nemocnych s hypertenzi; *Sbornik lékarsky*; 75, 1973, c.1, s, 17-26 (Praga, Checoslovaquia).
16. —**Gláz, E.** The hormone secretion rate, methods of assay. *Acta Med Acad Sci Hung* 29: pp. 173-181, 1-2, 1972 (Hungria).
17. —**Müller, J.H.A.** Erweiterte nebennierenendiagnostik durch selektive phlebographie. *Rad diagn* 6/72. (R.D.A.) (D.D.R.).
18. —**Baumann, R. V. Ch. Graff.** Die Verge-sellschaftung des friihstadiums der essen-tiellen hypertonie mit latenten und asymp-tomatishen diabetishen Kohlehydrat-Stoffwedhseldefekten; *Das Deutsche Gesundheitswesen*; Jahrgang 23/68 (R.D.A.) (D. D.R.).
19. —**Konovalov, N. V. et al.** La enfermedad hipertónica. Instituto de Neurología e Instituto de Terapéutica de la Academia de Ciencias Médicas, URSS. Instituto de Relaciones Culturales. Argentina-URSS, 1954. Editorial Mayo. Callao 335, Buenos Aires.