

Alta Presión Sanguínea

El interés demostrado en años recientes por profesionales y profanos en la alta presión sanguínea no evidencia en sí que la condición sea más frecuente ahora que antes. La evolución del esfigmomanómetro clínico con la consiguiente facilidad en estimar la presión arterial, la mayor publicidad dada a los registros de seguro de vida, salud pública y mortalidad, todo ello ha servido para fijar la atención en esta bastante esparcida **condición** de fisiología patológica.

Hipertensión es sin duda precursora de arteriosclerosis y de afección cardiovascular en general, pero es frecuente, quizá usual, **hallarla** sin relación a estas condiciones. Pero asociada con arteriosclerosis, suele aplicársele el término hipertensión esencial.

Los síntomas de arterioesclerosis son, por lo tanto, principalmente los síntomas de hipertensión.

Se ha prestado mucha atención a las condiciones tóxicas como causa de hipertensión y de arterioesclerosis, y **parece probable** que un factor tóxico común sea la causa de ambas. Focos de infección, dentadura, tonsilas, apéndice crónico, etc., enfermedades **metabólicas**, dando margen

a productos tóxicos de metabolismo, han sido relacionados con hipertensión arterial y los cambios arteriales. Obesidad y diabetes parecen también ser causativas y sugieren un factor tóxico. Hartman y Ghrist, (1) en un estudio de 2,042 casos tomados de los archivos de la Clínica Mayo, hallaron. La inconstancia de las gráficas diastólicas no hace sino realzar la notable constancia de presión sanguínea sistólica en aumento, con aumento de peso *en un grupo casual de pacientes de gabinete en práctica general.*

En un estudio ilustradísimo, Blackford. Bowers y Baker (2) demostraron la fuerte tendencia familiar de esta condición, su incidencia pasada la edad de 50 años y su propensión a persistir, De 41 pacientes examinados entre 5 y 11 años atrás, analizaron las historias de 222, y sus conclusiones son:

Un estudio de 401 pacientes hipertensivos (175 de presión sistólica o más) hallados en 10,000, reconocimientos hechos en una clínica general hace de cinco a once años y medio demostró que:

1° — La apreciable incidencia (1.2 por ciento) de hipertensión empieza en la cuarta década; el 5.8 por ciento de todos los pa-

cientes examinados en la quinta década mostraba hipertensión: **en la sexta** década, El 12.3 por **ciento**; en la **séptima**, 22.5; en la octava, 14, y el **10** por **ciento** en la novena mostraba presiones sanguíneas sobre 175.

2°—Sesenta y cinco por ciento de los casos **hipertensivos** en esta serie son mujeres; **cincuenta** por ciento de todos los reconocimientos fueron en mujeres.

3°—Comparada la incidencia de hipertensión entre hombres y mujeres, el número notablemente mayor de hipertensivos viene en las décadas quinta, sexta y séptima.

4° — Más de la tercera parte de todas las historias lo eran de hipertensión familiar.

5° — Casos de hipertensión complicados con bocio, sífilis, diabetes, nefritis crónica y afección cardíaca vascular, clasificados en grupos, no mostraban diferencia particular de los casos de pura hipertensión.

Hízo se un estudio seguido de 222 entre 401 pacientes (5.5 por ciento) examinados desde entre cinco y once y medio años atrás.

De éstos fueron descartados 20 para estudio estadístico porque eran moribundas al tiempo del examen o fallecieron poco después de otras enfermedades. Los 202 casos restantes, seguidos de cinco a once años y medio, demostraron:

1° —Una mortalidad conjunta de 50 por ciento; una mortalidad masculina de 70 por ciento y una mortalidad femenina de 39 por ciento.

2°—Igual mortalidad aproximadamente para casos moderados y algo pronunciados, pero doble para casos extremos.

3° — Un promedio de 2 meses de vida en hombres después de la primera observación y de 44 meses en mujeres.

4° —Un promedio de **tiempo** de 81 meses desde el primer examen de 101 pacientes vivos.

5°—Causas de defunción conocidas, 31 de complicaciones cerebrales, 25 de mal de corazón, 18 de uremia.

No hemos hallado tendencia alguna al restablecimiento en hipertensión.

En ocasiones adviértanse excepciones notables a la regla general de mortalidad. Mujeres sobreviven a veces a lo que esperaban. Hombres casi nunca.

El tratamiento de hipertensión cae bajo las reglas generales de higiene, dietética y drogas. Dice O'Hare (3) El cuidado de caso tal debe basarse primariamente en el conocimiento de que el problema lo es de un desorden circulatorio generalizado que consiste esencialmente de una vasoconstricción funcional al principio, luego una esclerosis de pequeñas arterias con vasoconstricciones superpuestas, y finalmente al reducirse la provisión de sanare a varios órganos, degeneración secundaria y función deteriorada de esos órganos.

Descanso, abstención de pesado ejercicio muscular, baños calientes, baños de fango, tratamiento de luz y cultivo de hábitos de reposo, procurando molestarse lo menos posible. Evitar todo gasto innecesario de energía física y nerviosa. La dieta, por lo general, se ajusta sencillamente reduciendo la cantidad de alimento a lo requerido por el paciente en materia de energías. Para el de peso exoesivo es importante reducir la dieta y restringir los carbohidratos y grasas.

De drogas, lo clásico es yoduro de sodio y potasio En ca'-os con historia de sífilis son valiosos. Nitrito de amilo por inhalación es bueno para dominarlos aumentos repentinos de presión tan fre-

cuentes. Nitroglicerina *F. E. U.*, por *o b s o r c i o n* bucal **sirve** para igual propósito. Sulfocianato de potasio y subnitrate de bismuto han recibido atención recientemente.

Sulfocianato químicamente puro fue prescrito en una simple solución acuosa de una fuerza que 1 dracma fluida (4Cc.) contiene 1½ granos (o,I) de la sal. Esta dosis fue dada *en* agua oralmente tres veces al **dia**, después de las comidas, por la primera semana, dos veces al día por la segunda semana y luego una *vez*. al día la tercera semana de tratamiento. Desde entonces esta dosis se dio diariamente o cada dos días. (4)

Bromuros y luminal son lo más inútil en algunos casos caracterizados por irritabilidad nerviosa. El efecto del subnitrate de bismuto en hipertensión ha sido cuidadosamente estudiado por **Stieglitz** (5) quien sugiere el probable mecanismo de acción como la absorción continua de diminutas cantidades de iones de nitrato, causando así aflojamiento y descanso general. Su resumen es:

«1. —Variaciones con el contenido clorúrico de la sangre no afectan la tensión arterial a ningún grado mayor.

«2.—Administración de **subnitrate** de bismuto causa una ligera reducción en el contenido clorúrico de la sangre, como hacen otros nitratos, por la producción de una diuresis **clorúrica**.

«3.—Administración de subni-

trato de bismuto ayuda materialmente a obtener una reducción de tensión arterial en hipertensión, igual en mujeres embarazadas que libres.

«4. —Los resultados terapéuticos son mucho mejores que cuando la arterioesclerosis no es pronunciada.

«5. —Se presenta en método de evaluar resultados terapéuticos en hipertensión en términos de porcentaje de retornos a lo normal.

«6.—El mecanismo farmacodinámico del subnitrito de bismuto en hipertensión es dual:

a.—Vasodilatación gradual por absorción continua de iones (NO) (2) de nitrato.

b. — Reducción del contenido clorúrico de la sangre por diuresis iniciada por tos iones (NO) (2) de nitrato.

»7. —El valor fundamental del subnitrito de bismuto en hipertensión consiste de romper el círculo vicioso de fatiga vascular, hiperirritabilidad. con más espas-

micidad y fatiga y permitiendo así *descanso* fisiológico."

Hipertensión es de etiología desconocida en cuanto a las causas finales. El tratamiento es, por lo tanto, parcialmente sintomático y expectante. Tal vez no haya condición incumbente al facultativo que requiera tanto estudio individual. Pero el médico-prudente puede hacer mucho en los más de estos casos.

1.-Hartman, H. R., y Ghrist, D. G., *Arch. Int. Hcd.*, 1929, xlv, 877.

2. —Blackford, J. M., Bowers, J. M., y Baker, J. W., *J. Am. Med. Assn.*, 1930, xciv, 328.

3-O'Hare, J. R., en Osler's *Modern Medicine*, & Ed., Lea & Febiger, Fila., 1927, v," 560.

4Gager, L. T., *Am. Med. Assn.*, 1928, xc, 82.

5 - Stieglitz, E. J., *J. Pharmacol. and Exp. Therap.* . 1928, xxxiv, 407.