

O HIPERTENSO EM REGIME AMBULATORIO

ANALISE DE 1238 FICHAS DE CONSULTA EXTERNA

J. Braz Nogueira, J. Nogueira da Costa, Carlos Paz, Vitor Martins, Ernesto Correia, Carlos Ruah, Isabel Menezes, Vitor Mariano, Gaspar Almeida

Núcleo de Estudos de Hipertensão Arterial, Medicina I, Hospital de Santa Maria.
Faculdade de Medicina. Lisboa. Portugal.

RESUMO

Foi feita a revisão de 1238 fichas de hipertensos observados na Consulta de Hipertensão Arterial do Hospital de Santa Maria (Medicina I—Núcleo de Estudos de Hipertensão Arterial), de 1971-78 com o intuito de se fazer uma reavaliação dos cuidados prestados numa consulta com sobrepopulação crescente. 543 pertenciam ao sexo masculino e 695 ao feminino e as idades variaram entre os 14 e os 79 anos. 58 % dos hipertensos não moravam em Lisboa. A pressão sistólica subiu progressivamente com a idade e a diastólica comportou-se de igual modo até ao grupo etário de 50-59 anos descendo depois ligeiramente. As cefaleias e tonturas foram os sintomas mais frequentemente referidos. Houve uma percentagem apreciável de hipertensos que referiram baixa de acuidade visual como sintoma principal. Foi avaliada a etiologia em 1069 casos predominando amplamente a hipertensão essencial (88,3 %). Das hipertensões secundárias a mais frequente foi a doença parenquimatosa renal. A repercussão sobre o SNC foi a mais vezes avaliada (93 %) sendo a retiniana a que menos vezes o foi (63,4 %), principalmente nos grupos etários mais velhos. Houve uma proporção semelhante de casos com retinopatia de grau 3 ou 4 (hipertensão acelerada) e com repercussão renal 3 ou 4 (insuficiência renal). Apenas 36 % dos hipertensos não apresentaram repercussão cardíaca. Foram observados 226 hipertensos com pressão diastólica ≥ 130 mm Hg o que define hipertensão grave. 589 hipertensos tinham registos de 3 ou mais consultas. Os valores tensionais baixaram da primeira para a última consulta muito significativamente: de $184 \pm 32,8$ mm Hg (P. S.) e $114 \pm 16,5$ mm Hg (P. D.) para $167 \pm 28,6$ mm Hg e $105 \pm 15,6$ mm Hg no sexo masculino e de $193 \pm 35,0$ mm Hg (P. S.) e $114 \pm 17,5$ mm Hg (P. D.) para $171 \pm 32,6$ mm Hg e $104 \pm 17,0$ mm Hg no sexo feminino. Foi conseguida normalização da pressão sistólica e diastólica (P. S. < 160 mm Hg e P. D. < 95 mm Hg) em 23 % dos casos, tendo havido em 68 % normalização pelo menos de uma delas. Registou-se agravamento indubitável do ECG num grupo de doentes em que os valores tensionais não se modificaram significativamente com a terapêutica. Verificou-se melhoria da função renal com a terapêutica em 54 % dos casos de insuficiência renal, com normalização em 50 %. Os diuréticos foram os fármacos mais frequentemente receitados, logo seguidos pela metildopa, tanto na primeira como na última consulta, sendo os β -bloqueantes aqueles cuja prescrição subiu mais acentuadamente na última consulta. Os resultados conseguidos foram positivos, apesar da sobrepopulação da consulta. É desejável reduzir o número de doentes ambulatorios que a ela recorrem, seleccionando os casos que verdadeiramente necessitam de uma consulta especializada deste tipo.

A Consulta Externa de Hipertensão Arterial do Núcleo de Estudos de Hipertensão Arterial existe desde Abril de 1971. Durante o 1.º Simpósio sobre Hipertensão Arterial realizado em 1973 foram apresentados os resultados dos 2 primeiros anos de funcionamento da Consulta.¹ Foram então analisadas 140 fichas sendo os valores médios da pressão arterial na última consulta significativamente menores que na pri-

meira — apenas para a pressão sistólica o que contrastava francamente com o que se passava com doentes internados em que os valores da pressão baixaram acentuadamente. Outras publicações do nosso grupo abordaram já variados aspectos da problemática desta Consulta de especialidade.²⁻⁶

Procedemos agora a uma nova revisão analisando 1238 fichas de doentes observados pela primeira vez até Abril de 1978. Esta revisão teve também como finalidade fazermos uma *auto-avaliação* dos cuidados que se estavam a prestar numa consulta *inundada* de doentes em que as limitações são evidentes em relação com o número de doentes que a ela recorrem (ou são enviados).

No momento actual (Dezembro de 1980) o número de doentes já ultrapassou os 2000. Relativamente ao problema de atendimento numa consulta de especialidade, é urgente criarem-se limitações e prioridades para que estas consultas possam desempenhar um papel verdadeiramente útil especialmente nos 3 aspectos que pensamos serem atributo de uma Consulta de Hipertensão Arterial:

- 1 — Observação e tratamento de hipertensos resistentes ou casos de diagnóstico etiológico difícil.
- 2 — Investigação.
- 3 — Ensino.

MATERIAL E MÉTODOS

Foi feita a revisão das fichas dos doentes que foram observados na Consulta Externa de Hipertensão Arterial do NEHA do Hospital de Santa Maria desde Abril de 1971 a Abril de 1978. Elaborou-se para tal uma ficha para análise computadorizada em que se registava o sexo, grupo etário, número de consultas, data da primeira e última consultas, morada, valores da pressão arterial e frequência cardíaca (D_3 — deitado ou sentado ao fim de 3 minutos e P_1 — em pé ao fim de 1 minuto) na primeira e última consultas, sintomas principais, repercussão sistémica, alterações electrocardiográficas (primeira e última consultas), e valores da ureia, creatinina, glicémia, colesterol, ácido úrico e potássio (primeira e última consultas) assim como terapêutica na primeira e última consultas.

A análise da casuística focou os seguintes aspectos:

1. distribuição por sexos e grupos etários
2. número de consultas (só 1, 2 e 3 ou mais consultas)
3. moradas de proveniência dos doentes
4. sintomas principais que levaram os hipertensos ao médico
5. etiologia da hipertensão
6. valores médios da pressão arterial
7. repercussões sistémicas nos 4 órgãos alvo da hipertensão
8. alterações electrocardiográficas no 1.º ECG

Nos doentes com 3 ou mais consultas analisaram-se as variações tensionais e de terapêutica registadas da primeira para a última consulta. Foram também estudadas modificações do ECG registadas e sua relação com o controlo tensional. Nos doentes com registos de ureia e/ou creatinina na primeira e última consultas foram analisadas as modificações dos respectivos valores.

Estudaram-se também as modificações da glicémia, ácido úrico, colesterol e potássio e sua eventual relação com a terapêutica.

Na análise estatística foram determinadas médias e respectivos desvios padrões e no cálculo da significância utilizou-se o teste t de Student.

RESULTADOS

Foram revistas 1238 fichas de doentes hipertensos observados na Consulta de Hipertensão num período de 7 anos (Abril 71 - Abril 78).

As idades referidas à data da primeira consulta variaram entre 14 e 79 anos, havendo 543 hipertensos do sexo masculino e 695 do sexo feminino. A distribuição por grupos etários e sexos está esquematizada na figura 1.

Os grupos etários mais frequentados em qualquer dos sexos foram os 40-49 e 50-59. Havia 14 indivíduos com menos de 20 anos e 43 com 70 ou mais.

360 dos hipertensos só foram observados uma vez na consulta, 299 duas vezes e 589 três ou mais vezes.

Na figura 2 estão representados os valores tensionais registados na primeira consulta (D_3) para a totalidade dos doentes e em cada um dos sexos. Na figura 3 registaram-se os valores da pressão arterial na primeira consulta (D_3) em cada um dos sexos por grupos etários. Por este gráfico verifica-se que, excluindo o grupo etário com menos de 20 anos, os valores tensionais sistólicos apresentam uma subida progressiva com a idade e os diastólicos sobem até ao grupo etário dos 50-59 descendo depois ligeiramente.

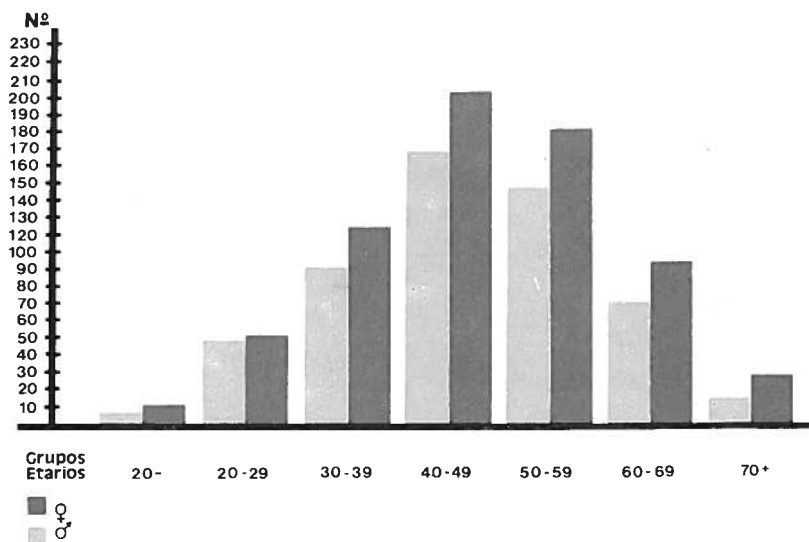


Fig. 1 — Distribuição por grupos etários e sexos

Relativamente à morada (registada em 1225 casos) verifica-se que, embora a maioria dos hipertensos fossem de Lisboa ou distrito de Lisboa, ainda havia 21 % de indivíduos que viviam fora desta zona (Quadro 1).

Quanto aos sintomas principais (Quadro 2) as cefaleias ou tonturas são de longe os mais frequentes (64 % no sexo masculino, 79 % no sexo feminino) seguidos de fadigabilidade, havendo sempre um predomínio de queixas no sexo feminino se exceptuarmos a baixa da acuidade visual e um grupo de sintomas englobados no item *outros*. A percentagem relativa de hipertensos que não apresentavam queixas era de 12,3 % para o sexo masculino e 4,0 % para o sexo feminino.

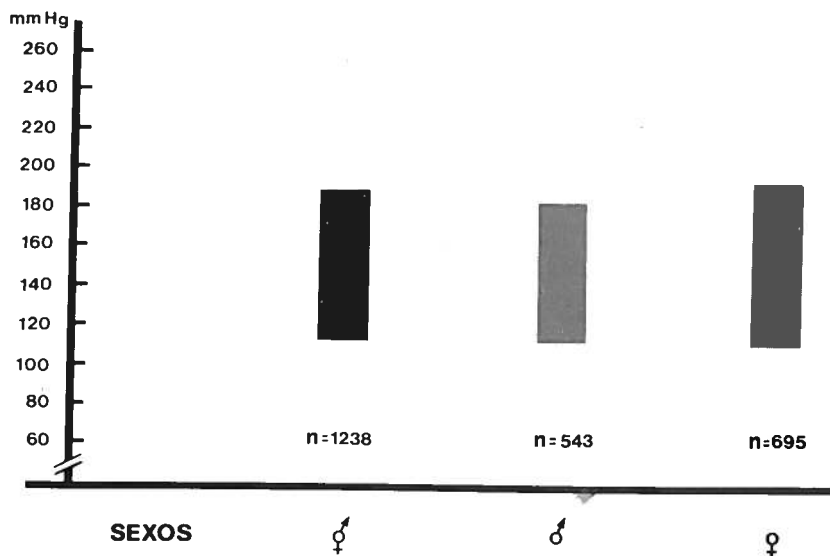


Fig. 2 — Pressão arterial na 1.ª consulta

Quadro 1

MORADAS

Lisboa	42,4 % (520)
Distrito de Lisboa	36,6 % (448)
Fora do Distrito de Lisboa	21,0 % (257)

A repercussão sistémica nos 4 órgãos alvo foi avaliada de acordo com quatro graus de gravidade (classificação RRCN). Foi avaliada para a retina em 785 doentes (63,4 %) para o rim em 963 (77,8 %), para o coração em 955 (77,1 %) e para o SNC em 1152 (93,1 %). É preciso não esquecer que 360 dos 1238 casos só tiveram uma consulta.

Relativamente à retina, dos 4 órgãos alvo o que mais vezes não foi avaliado, deve referir-se que foi nos grupos etários dos 60-69 anos e dos 70 ou mais que a fundoscopia menos vezes foi efectuada (54% e 29,8% respectivamente) o que deve estar relacionado com as dificuldades de observação nestes doentes, geralmente por alterações dos meios transparentes do olho. A maioria dos hipertensos apresentaram uma retinopatia de grau 2 segundo a classificação de Keith-Wagner e Barker (54,8 %) e 35,9 % do grau 1 (neste estão englobados os fundos oculares normais) (Quadro 3). Em 9,5 % dos 785 doentes em que foi registada a fundoscopia havia retinopatia de grau 3 ou 4 que define hipertensão em fase acelerada.

Quadro 2

SINTOMAS (TOTAL)

	Sem queixas	Cefalcias ou tonturas	Baixa acuid. visual	Fatigab.	Dispnea	Precord.	Outros
♂	67	348	71	114	67	28	106
n = 543	(12,3 %)	(64,1 %)	(13,3 %)	(21,0 %)	(12,3 %)	(5,2 %)	(19,5 %)
♀	28	550	72	203	100	57	110
n = 695	(4,0 %)	(79,1 %)	(10,4 %)	(29,2 %)	(14,4 %)	(8,2 %)	(15,8 %)
♂ +	95	898	144	317	167	85	216
n = 1238	(7,7 %)	(72,5 %)	(11,6 %)	(25,6 %)	(13,5 %)	(6,9 %)	(17,4 %)

Quadro 3

REPERCUSSÃO SISTÊMICA — RETINA (785)

	♂	♀	TOTAL
R ₁	34,7 %	37,0 %	35,9 %
R ₂	55,4 %	54,3 %	54,8 %
R ₃	7,1 %	6,2 %	6,6 %
R ₄	3,4 %	2,5 %	2,9 %

Quanto à repercussão cardíaca a maioria dos doentes apresentava alterações (apenas 36,4 % foram considerados como não as tendo) sendo o grau 3 o mais frequente (43,0 %) — Quadro 4.

Relativamente ao rim 66,6 % dos hipertensos não apresentavam alterações da ureia, creatinina ou urina II ou história de infecções urinárias de repetição (R₁) mas havia 10,6 % (dos 963 casos avaliados) que tinham insuficiência renal moderada ou grave (R₃ ou R₄) — Quadro 5.

A repercussão no SNC foi a mais frequentemente avaliada (1152 — 93,1 %). 74,1 % dos hipertensos foram classificados como N₂ (cefaleias ou tonturas ou AVC antigo sem sequelas) havendo 7,0 % de casos classificados como N₃ e 1,4 % como N₄ (AVC em fase aguda ou encefalopatia hipertensiva) — Quadro 6.

Quadro 4

REPERCUSSÃO SISTÊMICA — RIM (963)

	♂	♀	TOTAL
R ₁	66,7 %	66,5 %	66,6 %
R ₂	20,4 %	24,6 %	22,8 %
R ₃	11,9 %	5,3 %	8,1 %
R ₄	2,9 %	2,2 %	2,5 %

Quadro 5

REPERCUSSÃO SISTÊMICA — CORAÇÃO (955)

	♂	♀	TOTAL
C ₁	28,0 %	42,0 %	36,4 %
C ₂	25,6 %	16,1 %	20,2 %
C ₃	45,9 %	40,9 %	43,0 %
C ₄	0,4 %	0,2 %	0,3 %

Quadro 6

REPERCUSSÃO SISTÊMICA — SNC (1152)

	♂	♀	TOTAL
N ₁	24,2 %	12,1 %	17,4 %
N ₂	64,8 %	81,5 %	74,1 %
N ₃	9,1 %	5,4 %	7,0 %
N ₄	2,0 %	0,9 %	1,4 %

Havia registros de ureia e/ou creatinina na 1.^a ou 2.^a consultas em 77,7 % dos casos, da glicémia em 52,1 %, do colesterol em 44,7 %, do ácido úrico em 40,5 % e da caliémia em 48,6 %.

Quadro 7

ECG (1.º) — TOTAL

	♂ (n = 543)	♀ (n = 695)	♂ + ♀ (n = 1238)
Com ECG	374 (69,9 %)	507 (72,9 %)	881 (71,2 %)
Sem alts.	114 (30,5 %)	233 (46,0 %)	347 (39,4 %)
H. V. E. (Volt.)	70 (18,7 %)	52 (10,3 %)	122 (13,8 %)
H. V. E. c/sobrec.	97 (25,9 %)	74 (14,6 %)	171 (19,4 %)
Só alts. repolariz.	54 (14,4 %)	103 (20,3 %)	157 (17,8 %)
H. A. E.	19 (5,1 %)	12 (2,4 %)	31 (3,5 %)
Enfarte (cicatriz)	8 (2,1 %)	4 (0,8 %)	12 (1,4 %)
B. R. C.	13 (3,5 %)	8 (1,5 %)	21 (2,4 %)
Outras	45 (12,0 %)	46 (9,1 %)	91 (10,3 %)

Estudaram-se também as alterações do 1.º ECG (Quadro 7). Houve possibilidade de analisar 881 traçados (71,2 %). 39,4 % dos casos não apresentavam alterações electrocardiográficas sendo esse número maior no sexo feminino (46,0 %) do que no masculino (30,5 %). As alterações mais frequentes foram a hipertrofia ventricular esquerda com sobrecarga para o sexo masculino (25,9 %) e as alterações da repolarização isoladas para o sexo feminino (20,3 %). No entanto, no conjunto dos dois sexos a hipertrofia ventricular esquerda com sobrecarga predominou (19,4 % contra 17,8 % de alterações isoladas da repolarização ventricular). No sexo masculino a hipertrofia ventricular esquerda por critérios do voltagem foi a 2.^a alteração mais frequente. Houve apenas 31 traçados que apresentaram hipertrofia auricular esquerda (3,5 %) o que parece não estar de acordo com a precocidade destas alterações apontada por alguns autores como frequente na hipertensão arterial. De referir que apenas foram registados 42 casos (1,4 %) de enfartes do miocárdio (nenhum deles em fase aguda).

Foi avaliado o diagnóstico etiológico em 1069 casos (86,3 %) (Quadro 8). A hipertensão essencial predominou amplamente (88,3 %). Houve 71 casos de hipertensão secundária a doença parenquimatosa renal (6,6 %) e 13 (1,2 %) de hipertensão reno-vascular. 74 % destes 13 registaram-se em hipertensos com menos de 40 anos.

Quadro 8

ETIOLOGIA

Diagnóstico etiológico em 1069 (86,3 %)

Hipertensão essencial	944 (88,3 %)
Hipertensão detectada durante a gravidez	30 (2,8 %)
D. parenquimatosa renal	71 (6,6 %)
H. reno-vascular	13 (1,2 %)
Feocromocitoma	2 (0,2 %)
Hipertiroidismo	1 (0,09 %)
Hipotiroidismo	1 (0,09 %)
Acromegália	1 (0,09 %)
Coartação da aorta	1 (0,09 %)
Drogas	4 (0,4 %)

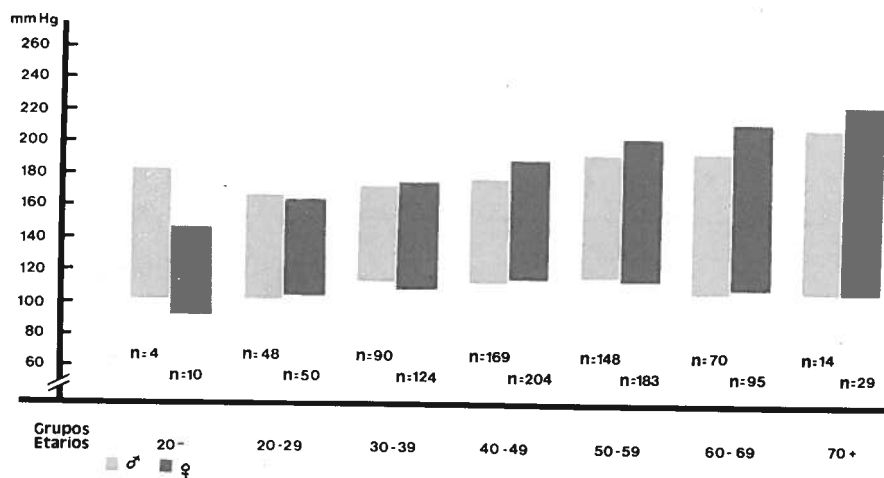


Fig. 3 — Pressão arterial na 1.ª consulta por grupos etários e sexos

Em 30 a hipertensão foi diagnosticada durante a gravidez, embora seja de admitir que em alguns casos essa hipertensão já existisse antes da gravidez. Em 5 casos a hipertensão era de causa endócrina e apenas em 1 era secundária a coartação da aorta. Houve 4 casos classificados como secundários à ingestão de medicamentos (corticosteróides e anticoncepcionais).

O valor de 130 mm Hg de pressão diastólica é considerado pela generalidade dos autores como definindo hipertensão grave. 226 dos 1238 hipertensos observados (18,3 %) apresentavam pressão diastólica igual ou superior a este valor. Em 99 (8,0 %) os valores eram iguais ou superiores a 140 mm Hg e em 31 (2,5 %) iguais ou superiores a 150 mm Hg (Quadro 9). Considerando o valor de pressão diastólica numa das 2 posições em que podia ser medida a pressão arterial (D_3 ou P_1), o número dos que apresentavam valores iguais ou superiores a 150 mm Hg (pelo menos numa das posições) aumentava para mais do dobro — 74 (6,0 %).

Foi analisado em seguida o subgrupo de hipertensos que tinham 3 ou mais consultas (589). Compararam-se em primeiro lugar os valores tensionais da 1.^a e última consultas em cada um dos sexos (figura 4 e quadro 10). A baixa tensional conseguida foi altamente significativa tanto para a pressão sistólica como para a diastólica em qualquer dos sexos.

Quadro 9

PRESSÃO ARTERIAL DIASTÓLICA NA 1.^a CONSULTA

P. A. Diast.	≥ 130 (D_3)	≥ 140 (D_3)	≥ 150 (D_3)	≥ 150 (D_3) ou P_1
♂	96	42	9	34
n = 543	(17,7 %)	(7,7 %)	(1,7 %)	(6,3 %)
♀	130	57	22	40
n = 695	(18,7 %)	(8,2 %)	(3,2 %)	(5,8 %)
♂ +	226	99	31	74
n = 1238	(18,3 %)	(8,0 %)	(2,5 %)	(6,0 %)

Na figura 5 e quadro 11 estão representados os valores de pressão arterial na 1.^a e última consultas no sexo masculino consoante os grupos etários.

Verificaram-se baixas tensionais em todos os grupos embora não atingissem significado estatístico no dos 20-29 anos tanto para a pressão sistólica como diastólica, e no dos 60-69 anos para a pressão diastólica. Estes 2 grupos eram os que apresentavam valores tensionais menos elevados na 1.^a consulta, sendo o dos 20-29 anos constituído apenas por 16 hipertensos.

A variação dos valores tensionais da 1.^a para a última consultas no sexo feminino por grupos etários está representada na figura 6 e quadro 12. Também aqui houve sempre diminuição da pressão arterial embora essa baixa não atingisse significado esta-

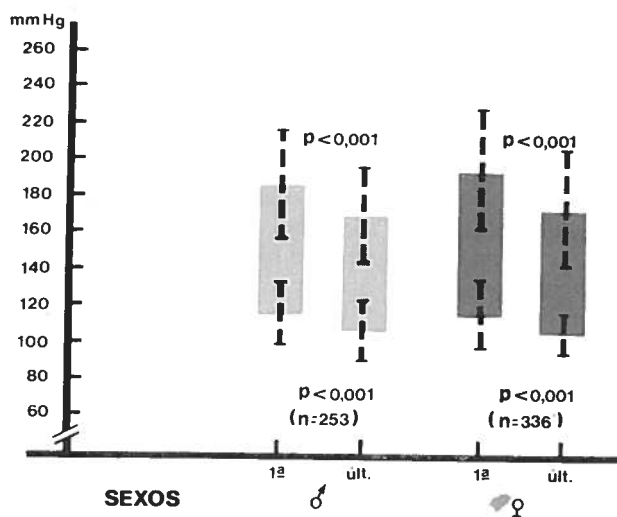


Fig. 4 — Hipertensos com 3 ou mais consultas (589). Pressão arterial (Média \pm D. P.) na 1.^a e última consultas. (Sexo Masculino e Feminino)

Quadro 10

HIPERTENSOS C/ 3 OU + CONSULTAS PRESSÃO ARTERIAL — 1.^a E ÚLTIMA CONSULTA

	1. ^a Cons.	Últ. cons.	P
♂ (253)			
P. Sistólica	184 \pm 32,8	167 \pm 28,6	< 0,001
P. Diastólica	114 \pm 16,5	105 \pm 15,6	< 0,001
♀ (336)			
P. Sistólica	193 \pm 35,0	171 \pm 32,6	< 0,001
P. Diastólica	114 \pm 17,5	104 \pm 17,0	< 0,001

tístico para a pressão diastólica nos grupos etários dos 20-29 e dos 70 ou mais anos (estes grupos eram constituídos apenas por 24 e 9 hipertensos respectivamente). Os valores da pressão diastólica na 1.^a consulta nestes 2 grupos eram os menos elevados do conjunto dos grupos etários. Tanto para o sexo masculino como para o feminino não estão representados os valores dos indivíduos com menos de 20 anos pois eram apenas 3 e 4 respectivamente.

Quadro 11

HIPERTENSOS C/ 3 OU + CONSULTAS

P. A. NA 1.ª E ÚLTIMA CONSULTAS

Sexo masculino por grupos etários

Grupos etários	P. A.	1.ª Cons.	Últ. cons.	P
20 - 29 (n = 16)	Sistólica	159 ± 14,5	155 ± 17,7	N. S.
	Diastólica	100 ± 16,3	97 ± 14,3	N. S.
30 - 39 (n = 48)	Sistólica	180 ± 30,9	163 ± 25,3	< 0,01
	Diastólica	118 ± 15,8	108 ± 16,6	< 0,01
40 - 49 (n = 81)	Sistólica	176 ± 33,6	162 ± 29,0	< 0,01
	Diastólica	114 ± 15,8	105 ± 16,5	< 0,001
50 - 59 (n = 69)	Sistólica	192 ± 32,0	170 ± 29,8	< 0,001
	Diastólica	116 ± 14,6	104 ± 13,7	< 0,001
60 - 69 (n = 30)	Sistólica	197 ± 26,1	182 ± 25,8	< 0,05
	Diastólica	108 ± 18,2	105 ± 15,0	N. S.
70 + (n = 6)	Sistólica	220 ± 21,0	187 ± 28,9	< 0,05
	Diastólica	110 ± 12,7	94 ± 11,7	< 0,05

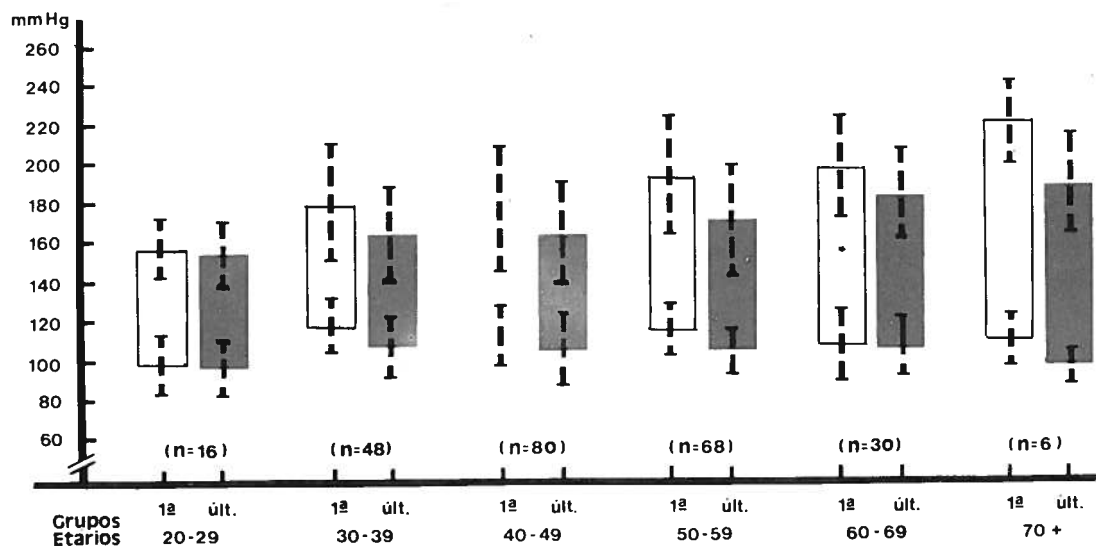


Fig. 5 — Hipertensos com 3 ou mais consultas. Pressão arterial na 1.ª e última consultas. Sexo masculino por grupos etários.

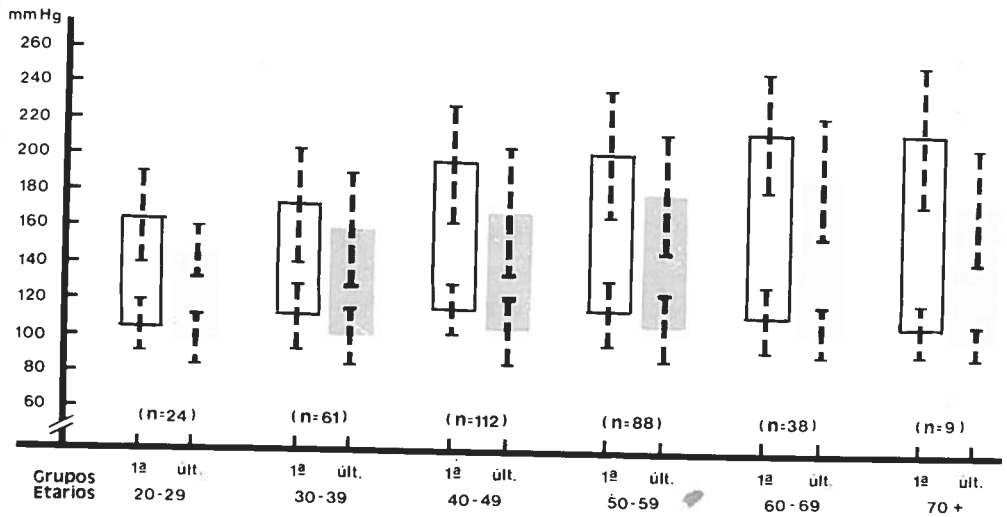


Fig. 6 — Hipertensos com 3 ou mais consultas. Pressão arterial na 1.^a e última consultas. Sexo feminino por grupos etários.

Na figura 7 estão representadas as variações tensionais dos hipertensos com pressões diastólicas iguais ou superiores a 130 mm Hg da 1.^a para a última consultas. Como seria de esperar estas variações foram todas altamente significativas.

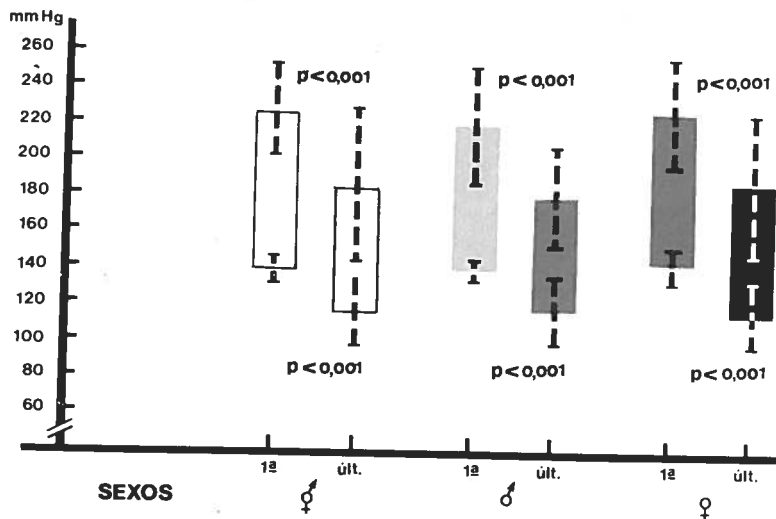


Fig. 7 — Hipertensos com 3 ou mais consultas. E. P. Diastólica ≥ 130 mmHg na 1.^a consulta.

Quanto à medicação o Quadro 12 mostra os fármacos ou grupos de fármacos utilizados no conjunto das 1.^{as} e últimas consultas. Embora estes resultados devam ser encarados com certa reserva devido ao facto das consultas estarem distribuídas por um período de 7 anos e não haver uniformidade absoluta quanto à terapêutica prescrita pelos vários médicos, não deixa de ser curioso verificar determinados factos. Assim os diuréticos foram os anti-hipertensores mais utilizados (80,3 % nas 1.^{as} consultas e 82,7 % nas últimas). A metildopa foi o 2.^o medicamento mais utilizado mantendo uma percentagem idêntica na 1.^a e última consultas (45,3 % e 46,0 %).

Os β -bloqueantes, prescritos apenas em 25,3 % dos casos na 1.^a consulta, aumentaram substancialmente na última (44,8 %). Os reserpínicos já pouco receitados na 1.^a consulta (7,1 %) baixaram para 3,7 % na última.

Quadro 12

HIPERTENSOS C/ 3 OU + CONSULTAS

P. A. NA 1.^a E ÚLTIMA CONSULTAS

Sexo feminino por grupos etários

Grupos etários	P. A.	1. ^a Cons.	Últ. cons.	P
20 - 29 (n = 24)	Sistólica	166 ± 24,0	145 ± 15,8	< 0,001
	Diastólica	105 ± 15,0	98 ± 15,9	N. S.
30 - 39 (n = 61)	Sistólica	174 ± 26,6	160 ± 30,3	< 0,01
	Diastólica	112 ± 15,0	101 ± 17,7	< 0,001
40 - 49 (n = 112)	Sistólica	194 ± 32,8	172 ± 31,1	< 0,001
	Diastólica	117 ± 17,8	105 ± 16,8	< 0,001
50 - 59 (n = 88)	Sistólica	203 ± 35,3	181 ± 31,7	< 0,001
	Diastólica	115 ± 17,4	107 ± 17,5	< 0,01
60 - 69 (n = 38)	Sistólica	216 ± 28,5	190 ± 31,5	< 0,001
	Diastólica	113 ± 17,1	104 ± 15,3	< 0,05
70 + (n = 9)	Sistólica	216 ± 37,5	177 ± 30,0	< 0,05
	Diastólica	108 ± 15,4	100 ± 11,2	N. S.

Quadro 13
 HIPERTENSOS COM 3 OU + CONSULTAS
 MEDICAÇÃO

	1.ª Cons. (589)	Últ. cons. (589)
Reserpínicos	7,1 % (42)	3,7 % (22)
Diuréticos	80,3 % (473)	82,7 % (487)
Metildopa	45,3 % (267)	46,0 % (271)
β-Bloqueantes	25,3 % (149)	44,8 % (264)
Vasodilatadores	3,2 % (19)	4,8 % (28)
Inibidores neuro-adrenérgicos	12,2 % (72)	10,4 % (61)
Clonidina	3,1 % (18)	4,1 % (24)

Quadro 14
 HIPERTENSOS C/ 3 OU + CONSULTAS
 UREIA E/OU CREATININA
 (Evolução)

		1.ª Cons.		Últ. cons.		
				Agravamento	Melhoria	Normalização
♂ (98)	N	75	12 (16 %)			
	↑	23	3 (13 %)	10 (43,5 %)	9 (39,1 %)	
♀ (127)	N	100	5 (5 %)			
	↑	27	3 (11,1 %)	17 (63 %)	16 (59,3 %)	
♂ + (225)	N	175	17 (9,7 %)			
	↑	50	6 (12 %)	27 (54 %)	25 (50 %)	

Analysaram-se depois os hipertensos que tinham registo de ureia e/ou creatinina na 1.^a e última consultas quanto à evolução da função renal com a terapêutica anti-hipertensiva. O Quadro 14 mostra as alterações verificadas sendo de salientar que, nos indivíduos que inicialmente não apresentavam alterações da ureia e/ou creatinina, houve um agravamento da função renal numa percentagem maior de homens que de mulheres (16 % e 5 % respectivamente). Por outro lado, houve melhoria da função renal numa percentagem maior de hipertensos do sexo feminino (63 %) que do sexo masculino (43,5 %). No conjunto dos 2 sexos, em 225 hipertensos com registo de ureia e/ou creatinina na 1.^a e última consultas, houve um agravamento em 17 de 175 que inicialmente tinham função renal normal e em 6 de 50 que inicialmente já tinham função renal deteriorada. Destes 50, 27 (54 %) melhoraram, tendo havido normalização da função renal em 25 (50 %). No que diz respeito a função renal, um índice prognóstico extremamente importante no hipertenso, os resultados obtidos foram encorajadores.

Houve elevação dos valores da glicémia em 3,6 % dos casos, dos valores de colesterol em 12,3 % e do ácido úrico em 18,2 %. Todos os doentes em que se registaram estas elevações estavam medicados com diuréticos.

Quanto ao potássio houve diminuição dos seus valores para menos de 3,5 mEq/l em 4,5 % dos casos. Todos estavam também a tomar diuréticos.

Na figura 8 estão representadas as variações tensionais em dois grupos de hipertensos, constituídos por indivíduos em que tivesse havido uma melhoria ou agravamento indubitáveis do ECG da 1.^a para a última consulta (28 e 24 hipertensos respectivamente). Embora as variações tensionais fossem francamente maiores nos indivíduos em que houve melhoria no ECG, a diferença entre elas não foi estatisticamente significativa (desvio padrão muito amplo). No entanto, comparando as diferenças entre as pressões sistólicas e diastólicas na 1.^a consulta e na última verifica-se que no grupo de hipertensos em que houve agravamento do ECG não houve variações com significado estatístico enquanto no grupo de hipertensos em que houve melhoria do ECG a baixa tensional foi estatisticamente significativa. Esta é uma maneira indirecta de demonstrar que há possibilidade de regressão das alterações do ECG com o controlo mais eficaz da pressão arterial.

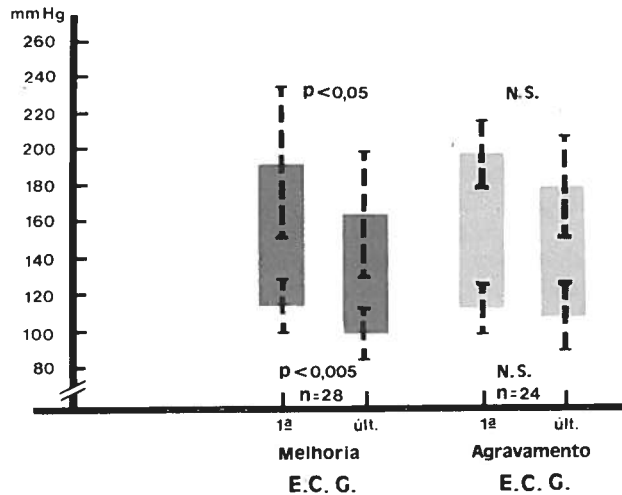


Fig. 8 — Hipertensos com 3 ou mais consultas. P.A. em hipertensos com melhoria ou agravamento do E.C.G.

Finalmente no Quadro 15 estão registadas as percentagens de hipertensos em que foi conseguida normalização tensional respectivamente da pressão sistólica (< 160 mm Hg), da pressão diastólica (< 95 mm Hg), da pressão sistólica ou diastólica e da pressão sistólica e diastólica. Verifica-se que houve 22,9 % de casos em que se conseguiu uma normalização da pressão sistólica e diastólica e que em 68,6 % houve normalização pelo menos numa delas.

Quadro 15

HIPERTENSOS C/ 3 OU + CONSULTAS
NORMALIZAÇÃO DA P. A. (ÚLTIMA CONSULTA)

	P. Sist. < 160	P. Diast. < 95	P. Sist. < 160 ou P. Diast. < 95	P. Sist. < 160 e P. Diast. < 95
♂				
n = 253	101 (39,9 %)	67 (26,5 %)	168 (66,4 %)	54 (21,3 %)
♀				
n = 336	125 (37,2 %)	111 (33,0 %)	236 (70,2 %)	81 (24,1 %)
♂ +				
n = 589	226 (38,4 %)	178 (30,2 %)	404 (68,6 %)	135 (22,9 %)

COMENTÁRIOS

A preocupação pelo bom funcionamento numa consulta externa é absolutamente justificável, qualquer que seja o ângulo sob o qual se analisa o problema. No entanto o que se deseja em teoria está, em geral, bastante longe dos resultados práticos.

Relativamente à nossa Consulta de Hipertensão Arterial do Hospital de Santa Maria (Medicina I) já foram publicados vários trabalhos em que se abordaram múltiplos aspectos da problemática geral numa consulta desta especialidade.¹⁻⁶ Resolvemos agora fazer uma reavaliação do funcionamento da nossa consulta numa altura em que a sobrepopulação de doentes é um facto e em que se impõe a tomada de medidas para que esta consulta de especialidade continue a desempenhar minimamente as funções para que foi criada.

Esta reavaliação ou auto-avaliação dos cuidados prestados em consultas externas de Hipertensão tem sido objecto de várias publicações internacionais⁷⁻¹² e é o reflexo da necessidade que se faz sentir por todo o lado dum controlo de qualidade dos cuidados prestados, principalmente em consultas cuja população tende a aumentar de ano para ano. Assim, com base nas realidades de cada país ou de cada zona desse país, poder-se-ão estabelecer as medidas para aumentar a eficácia e a utilidade (encarada sob vários aspectos

tos) deste tipo de serviços ambulatoriais no caso presente inseridos num hospital central e universitário.

Nesta revisão da Consulta de Hipertensão Arterial do Hospital de Santa Maria (Medicina I) de 1971-1978 verifica-se que houve uma percentagem apreciável de doentes que apenas vieram 1 ou 2 vezes à consulta. Se alguns destes casos compreendem *drop-outs* verdadeiros ou casos a quem se aconselhou internamento urgente (percentagem mínima), a maioria corresponde a hipertensos ligeiros que não necessitavam de ser seguidos numa consulta da especialidade e foram reenviados aos seus médicos assistentes. O número de doentes que recorreram a esta consulta e que viviam fora de Lisboa também foi apreciável (58 %) o que, além de considerável sobrecarga para a consulta, implica sobrecarga económica e de tempo para os doentes e serviços do Estado. Esta situação poderá ser evitada se só forem enviados à consulta os casos com verdadeira justificação, devendo estes ser portadores do mínimo de exames complementares necessários para uma avaliação correcta. Relativamente a este último problema verificou-se pelo presente trabalho que só cerca de 50 % dos hipertensos traziam análises minimamente necessárias logo na 1.^a ou 2.^a consultas.

Os grupos etários mais frequentados foram, como seria de esperar, os 40-49 e 50-59, idades estas em que a hipertensão mais vezes é reconhecida ou se manifesta.

Quanto aos sintomas é curioso verificar que a percentagem de hipertensos sem queixas é maior no sexo masculino que no feminino e que há um número apreciável de hipertensos a referirem baixa da acuidade visual. Embora este não seja um sintoma citado com frequência nas várias publicações sobre hipertensão, o nosso grupo já tem chamado a atenção para a sua frequência principalmente nos hipertensos mais graves.^{3, 4}

Relativamente à etiologia, os números por nós encontrados são sobreponíveis aos da maioria dos outros centros, constituindo a hipertensão essencial cerca de 90 % dos casos. Não foi diagnosticado nenhum hiperaldosteronismo primário, o que poderá estar relacionado, pelo menos em parte, com o modo como é colhido o sangue para ionograma na maioria dos Laboratórios (com garrote e após movimentos de preensão).

O número de casos com valores tensionais muito elevados e que definem hipertensão grave foi apreciável. Assim 226 tinham pressões diastólicas ≥ 130 mm Hg, 99 ≥ 140 mm Hg e 31 ≥ 150 mm Hg. Em relação com a repercussão por órgãos e sistemas é curioso verificar uma percentagem semelhante de casos com retinopatia de grau 3 ou 4 que define hipertensão acelerada (9,5 %) e com repercussão renal 3 e 4 que definem insuficiência renal moderada ou grave (10,6 %) o que pode ter relação com o paralelismo que se sabe existir entre lesões retinianas e renais nesta afecção.¹³⁻¹⁶

Quanto à repercussão cardíaca, é de salientar o número elevado de hipertensos que já apresentavam alterações (apenas em 36 % o exame cardíaco era normal). Tal foi verificado mesmo sem se recorrer ao ecocardiograma ou à medição dos intervalos sistólicos, que são os meios que mais precocemente detectam alterações cardíacas nos hipertensos.

Das repercussões nervosas, a mais frequentemente encontrada correspondia ao grau 2 e traduzia as queixas mais frequentemente referidas tanto no sexo masculino como no feminino; isto é cefaleias e tonturas. Acidentes vasculares cerebrais em fase aguda ou encefalopatia hipertensiva, situações que impunham internamento urgente, foram observadas apenas em 1,4 %.

Relativamente ao número de casos em que foi avaliada a repercussão orgânica verificou-se que foi a repercussão no SNC que mais vezes foi registada (93 % dos casos) e que a repercussão renal e cardíaca foram avaliadas numa percentagem idêntica (cerca de 80 %). A fundoscopia pela qual se determina a repercussão retiniana, foi o exame que mais vezes não foi (ou não pôde ser) executado, estando registado apenas em 63 %

dos casos. Não podemos deixar de realçar que cerca de 30 % destes doentes só foram observados uma vez e que foi nos grupos etários dos 60-69 e dos 70 ou mais anos de idade que esse exame menos vezes foi efectuado, provavelmente pelas dificuldades na sua execução devido a alterações dos meios transparentes do olho, frequentes nestas idades.

A alteração electrocardiográfica mais frequentemente registada foi a hipertrofia ventricular esquerda com alterações da repolarização ventricular, o que atesta uma hipertensão arterial já evoluída. Foi curioso verificar que num grupo de hipertensos em que tinha havido melhoria indubitável das alterações do ECG com a terapêutica, a baixa tensional conseguida tinha significado estatístico, contrariamente ao que sucedia num grupo de hipertensos em que se verificara agravamento do ECG. Nestes, os valores tensionais desceram ligeiramente, mas esta descida não atingiu significado estatístico como já dissemos; além disso o agravamento do ECG foi o indicativo de se não ter conseguido um controlo eficaz e mantido da pressão arterial.^{3, 4, 16-18}

Num grupo de hipertensos com três ou mais consultas em que houve, pois, possibilidade de se compararem as variações tensionais, a medicação e alguns parâmetros laboratoriais (embora, para estes últimos, debaixo duma certa reserva dado os laboratórios não terem sido sempre os mesmos) na 1.^a e na última consultas, demonstraram-se baixas tensionais significativas tanto no sexo masculino como no feminino, sendo estas reduções tanto mais amplas quanto mais elevados os valores iniciais da pressão arterial. Estas variações foram semelhantes às descritas em trabalhos sobre consultas de hipertensão noutros países.^{7, 8, 13, 15, 18, 20}

Quanto à medicação é curioso assinalar que os diuréticos foram os medicamentos mais prescritos tanto na 1.^a como na última consultas (80 % e 83 % respectivamente), sendo a metildopa o 2.^o medicamento mais utilizado também sem variação importante da 1.^a para a última consulta (45 % e 46 %). A prescrição de β -bloqueantes teve uma subida bastante acentuada, como seria de esperar num período em que estes medicamentos passaram a ser progressivamente mais utilizados como anti-hipertensos.

A presença e grau de insuficiência renal é um dos parâmetros mais importantes para o prognóstico do hipertenso.^{13, 14, 16, 17, 20-22} São vários os trabalhos que mostram uma melhoria da função renal com uma terapêutica eficaz da hipertensão.^{4, 13, 14, 16, 17, 23, 24} Nos hipertensos em que houve possibilidade de se registarem as variações dos valores de ureia e/ou creatinina da 1.^a para a última consulta, verificou-se melhoria da função renal em 54 %, com normalização em 50 %, tendo havido agravamento apenas em cerca de 10 %, o que atesta a eficácia terapêutica conseguida.

Em todos os casos em que se registaram elevações para valores considerados anormais da glicémia, colesterol e ácido úrico ou descidas da caliémia para valores inferiores a 3,5 mEq/l, os doentes estavam medicados com diuréticos, podendo, pois, estas alterações ser secundárias à terapêutica.

A percentagem de hipertensos em que foi conseguida uma normalização da pressão sistólica e da pressão diastólica foi de 23 %, percentagem esta igual à referida por outros autores em doentes também seguidos em consulta de hipertensão.²⁵ Houve, no entanto, 68 % de casos em que se registou normalização ou da pressão sistólica ou da diastólica.

Levando em conta o número de doentes que acorrem à nossa consulta e portanto as condições não ideais em que têm de ser atendidos, julgamos que, apesar de tudo, a experiência desta consulta é positiva. Com efeito a baixa global dos valores tensionais é significativa o que, mesmo sem normalização completa, tem implicações importantes e benéficas no prognóstico.^{18, 19}

Comparativamente aos resultados dos dois primeiros anos, houve uma melhoria no controlo tensional do conjunto de hipertensos observados a que não será estranha

a utilização de fármacos mais potentes assim como de esquemas terapêuticos mais racionais e dos quais há mais experiência.

Não podemos deixar de fazer notar também o esforço e sacrifício dos médicos, enfermeiras e pessoal administrativo que, apesar das deficiências já apontadas de que salientamos a sobrepopulação crescente, contribuíram para os resultados que agora se apresentam.

É desejável num futuro próximo que a consulta de hipertensão arterial deixe de ser sobrecarregada com doentes que podem e devem ser tratados e orientados em consultas gerais, passando a desempenhar o papel que até agora só parcialmente, tem conseguido no domínio da investigação, ensino, diagnóstico e terapêutica.

Agradecimentos

Os autores agradecem ao Sr. Carlos Almeida e à Sr.^a D. Antonieta Silva Lopes, do Centro de Informática dos Hospitais Cíveis de Lisboa, toda a colaboração prestada na realização deste trabalho.

SUMMARY

THE AMBULATORY HYPERTENSIVE PATIENT. EVALUATION OF 1238 OUTPATIENTS' FILES

A review was made of 1238 cases of hypertensives observed as outpatients in the Hospital de Santa Maria (Medicina I—Núcleo de Estudos de Hipertensão Arterial) from 1971 to 1978, in order to reevaluate the quality of patient care in a department which is overcrowded.

543 individuals were male and 695 were women. The ages varied between 14 and 79 years. 58 % of the hypertensives lived outside Lisbon. The average of systolic pressure rose progressively with age, and the average of diastolic pressure behaved in a similar manner up to the age group of 50-59 years, descending slightly afterwards.

Headache and dizziness were the symptoms most frequently encountered. There was an appreciable percentage of hypertensives complaining of a lowering of visual acuity as main symptom.

The etiology was evaluated in 1069 cases and essential hypertension stood out clearly (88.3 %). The most frequent causes of secondary hypertension were diseases of the renal parenchyma.

The signs and symptoms on the central nervous system were the most frequently searched for (93 %), and fundoscopic examination the less performed (63.4 %), especially in the older age groups. There was a similar percentage of cases with grade 3 or 4 retinopathy (accelerated hypertension) and with grade 3 or 4 renal repercussion (renal failure). Only 36 % of the hypertensives did not present cardiac alterations. 226 hypertensives were found with diastolic pressure above 130 mm Hg, which defines severe hypertension.

589 hypertensives had histories of 3 or more consultations. The pressure values lowered significantly, from the first to the last consultation; from 184 ± 32.8 mm Hg (S. P.) and 114 ± 16.5 mm Hg (D. P.) to 167 ± 28.6 mm Hg and 105 ± 15.6 mm Hg respectively, in the male sex, and from 193 ± 35.0 mm Hg (S. P.) and 114 ± 17.5 mm Hg (D. P.) to 171 ± 32.6 mm Hg and 104 ± 17.0 mm Hg in the female sex. It was possible to normalize the systolic and diastolic pressures (S. P. < 160 mm Hg and D. P. < 95 mm Hg) in the 23 % of the cases, and at least one of these pressures was normalized in 68 %. A clear aggravation of the electrocardiogram was observed in a

group of patients whose pressure values were not significantly altered by treatment. Renal function was found to improve with treatment in 54 % of the cases of renal failure and became normal in 50 %.

Diuretics were the drugs most frequently prescribed, followed immediately by methyldopa, both in the first and the last consultations. β -blockers prescription raised significantly in the last consultation.

The results obtained were positive, despite the overpopulation of the outpatient clinic. It is desirable to reduce the number of ambulatory patients who have recourse to it, by careful selection of those who really need a specialized consultation of this type.

BIBLIOGRAFIA

1. NOGUEIRA DA COSTA J: O hipertenso em regime de consulta externa. Actas do I Simpósio sobre hipertensão arterial. Ed. Nogueira da Costa e Rasiklal Ranchhod. Merck Sharp & Dohme, Lisboa, 1973, p. 39.
2. ALVES DA SILVA JD, SOARES FRANCO A, GORJÃO CLARA J, RANCHHOD R, LEAL DA COSTA F: O problema da aderência do hipertenso à terapêutica em regime ambulatorio. Actas do II Simpósio sobre Hipertensão Arterial. Ed. Nogueira da Costa e Rasiklal Ranchhod. Merck Sharp & Dohme, Lisboa-Porto, 1975, p. 185.
3. BRAZ NOGUEIRA J, CALÇADA L, NOGUEIRA DA COSTA J: Hipertensão arterial com pressão diastólica igual ou superior a 150 mm Hg. *O Médico* 1977; 82: 388.
4. BRAZ NOGUEIRA J, CALÇADA CORREIA L, NOGUEIRA DA COSTA J: Hipertensão arterial grave em regime hospitalar — Follow-up de 50 casos. Actas do III Simpósio sobre Hipertensão Arterial. Ed. J. Nogueira da Costa e J. Braz Nogueira, Lisboa, 1979, p. 55.
5. GORJÃO CLARA J, CABRAL J, FRANCO FRAZÃO J, BAPTISTA DA SILVA J, NOGUEIRA DA COSTA J: Avaliação crítica dos dois primeiros anos de uma consulta de hipertensão arterial. Em publicação em *Medicina Torácica*.
6. RANCHHOD R, SILVÉRIO MARQUES M, SOARES FRANCO A, GONÇALVES FERREIRA N, ALVES DA SILVA JD, NOGUEIRA DA COSTA J: Consulta de hipertensão, experiência de um ano. *Bol Soc Port Card* 1972; 10: 195.
7. ANDERSSON O, BERGLUND G, HANSSON L, SAMMERSTEDT R, SILVERTSSON R, WIKSTRAND J, WILHELMSEN L: Organization and efficacy of an out-patient hypertension clinic. *Acta Med Scand* 1978; 203: 391.
8. COE FL, NORTON E, OPARIL S, TATAR A, PULLMAN TN: Treatment of hypertension by computer and physician — a prospective controlled study. *J Chron Dis* 1977; 30: 81.
9. DEGOULET P, MENARD J, BERGER C, PLONIN PF, DEVRIES C, HIREL JD: Hypertension management: the computer as a participant. *Am J Med* 1980; 68: 559.
10. DOLLERY CT, BEILIN LJ, BULPITT CJ, COLES EC, JOHNSON BF, MUNRO-FAURE AD, TURNER SC: Initial care of hypertensive patients — Influence of different types of clinical records. *Brit Heart J* 1977; 39: 181.
11. LOGERFO, JP: Hypertension — Management in a prepaid health care project. *JAMA* 1975; 233: 245.
12. NOBREGA FT, MORROW GW, SMOLDT RK, OFFORD KP: Quality assessment in hypertension: analysis of process and outcome methods. *N Eng J Med* 1977; 296: 145.
13. BRECKENRIDGE A, DOLLERY CT, PARRY EHC: Prognosis of treated hypertension. *Quarterly J Med* 1979; 39: 411.
14. DOLLERY CT, BULPITT CJ: «Management of hypertension». Hypertension physiopathology and treatment. Ed. Jacques Genest, Erich Koiw, Otto Kuchel, 1st edition, New York, 1977, p. 1038.
15. MOHLER ER, FREIS ED: Five-year survival of patients with malignant hypertension treated with antihypertension agents. *Am Heart J* 1960; 60: 329.
16. SMIRK FH: The prognosis of untreated and of treated hypertension and advantages of early treatment. *Am. Heart J* 1972; 83: 825.
17. KIM KE: «Effects of antihypertensive therapy on target organs». Hypertension: Mechanisms and management. Ed. Gaddo Onesti, Kwan Eun Kim, John Mayer, New York, 1973, p. 829.
18. TAGUCHI J, FREIS ED: Partial reduction of blood pressure and prevention of complications in hypertension. *N Eng J Med* 1974; 291: 329.
19. ELWOOD CM: Treatment of hypertension in ambulatory patients. *Glin Med* 1977; April: 15.

20. VETERANS ADMINISTRATION COOPERATIVE STUDY GROUP ON ANTIHYPERTENSIVE AGENTS: Effects of treatment on morbidity in hypertension: Results in patients with diastolic blood pressure avering 115 through 129 mm Hg. *JAMA* 1967; 202: 116.
21. VETERANS ADMINISTRATION COOPERATIVE STUDY GROUP ON ANTIHYPERTENSIVE AGENTS: Effects of treatment on morbidity in hypertension: II Results in patients with diastolic blood pressure avering 90 through 114 mm Hg. *JAMA* 1970; 213: 1143.
22. VETERANS ADMINISTRATION COOPERATIVE STUDY GROUP ON ANTIHYPERTENSIVE AGENTS: Effects of treatment on morbidity in hypertension: III Influence of age, diastolic pressure, and prior cardiovascular disease; further analysis of side effects. *Circulation* 1972; 45: 991.
23. BULPITT CJ, BRECKENRIDGE A: Plasma urea in hypertensive patients. *British Heart J* 1976; 38: 689.
24. PERRY M, WESSLER S, AVIOLIO LV: Survival of treated hypertensive patients. *JAMA* 1969; 210: 890.
25. WILLER JA, BARROW JG: «Hypertension — A Community Problem» in *Hypertension Manual*, ed. John Laragh, 1st edition, New York, p. 711.

Pedido de Separatas: *J. Braz Nogueira*
Serviço de Medicina I
Hospital de Santa Maria
1600 Lisboa. Portugal.