

11226  
2e  
(95)

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO  
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO  
Instituto Mexicano del Seguro Social



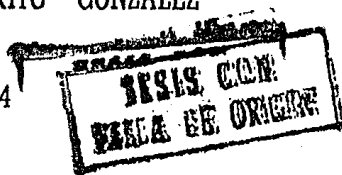
ASPECTOS CLINICOS Y PARACLINICOS EN PACIENTES  
HIPERTENSOS ADSCRITOS A UNA POBLACION DEL  
SERVICIO DE MEDICINA FAMILIAR EN LA U.M.F. No. 1  
PUEBLA, PUE.

T E S I S

Para obtener el Titulo de la  
ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

DR. JOSE RENE BRITO GONZALEZ

1984





Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE.

Introducción .....	1
Generalidades .....	3
Material y método .....	5
Resultados .....	6
Discusión .....	12
Conclusión .....	14.
Bibliografía .....	15.

## INTRODUCCION

La hipertensión Arterial constituye un problema de salud pública y es causa frecuente en la consulta externa del servicio de Medicina Familiar, que requiere de la atención de todo el equipo de salud y es de las enfermedades trascendentales la más común en el hombre adulto, cualquiera que sea su etiología y que acorta la vida del paciente - que la sufre.

En un porcentaje relativamente alto de pacientes hipertensos pueden permanecer asintomáticos y el diagnóstico se realiza al hacer la toma de las cifras tensionales, diagnosticándose el padecimiento sin - que antes el paciente haya tenido conocimiento de ser hipertenso.

Para mostrar la importancia de la enfermedad hipertensiva hemos analizado las tabulaciones de mortalidad en nuestro país editadas por la O.M.S. en el año de 1977 en que se publicaron estadísticas del período comprendido entre 1974 y 1975 en que la proporción global fué de 4.2 y que en mujeres subió a 5.0, lo que significa 7.5 por 1000 - fallecimientos en general y representa el 4.6% de la mortalidad cardiovascular, por lo que respecta a mortalidad prematura es predominante en mujeres mayores de 35 años de edad en adelante, con una tasa de 6.9, que corresponde a 11.3 por 1000 defunciones y al 5 % de - las cardiovasculares en la misma edad y sexo.

Al hacer comparaciones con otros países la mortalidad por enfermedad hipertensiva en la República Democrática Alemana significa el 16 % de la mortalidad cardiovascular, y al comparar con mortalidad prematura tenemos una tasa de 37.0 en las Filipinas y en Trinidad y Tobago una tasa de 30. (Datos tomados del Anuario Estadístico de la O.M.S. 1977).

Al aumentar la supervivencia y al cambiar de organización y el estilo de vida de muchas comunidades, las prisas de la vida de hoy, del

estar sometido a " stress " continuo, los padecimientos cardiovasculares han venido a representar uno de los factores más importantes y muchas veces ominosos de morbilidad y mortalidad siendo esta última el dato más objetivo de la malignidad en cuanto a expectativa de vida que tienen los padecimientos cardiovasculares, y la hipertensión Arterial es uno de ellos.

GENERALIDADES

La hipertensión Arterial es una enfermedad de distribución universal que se presenta en el hombre adulto, en su mayoría a partir de la cuarta década de la vida, durante más de un siglo los médicos han tenido conocimiento que la tensión arterial elevada es nociva para la salud. Las cifras de la tensión arterial por mucho tiempo han sido indicadores de salud o enfermedad, se entiende por Hipertensión Arterial a aquella enfermedad en la cual se encuentra una elevación de la presión arterial diastólica por arriba de 90 mm de Hg, elevación de la sistólica por arriba de 150, con o sin elevación de la presión arterial media.

Se presenta en su mayoría a partir de los 35 años de edad, con mayor frecuencia en el sexo femenino que en el masculino, aunque esta relación puede invertirse, una toma adecuada de la tensión arterial con antecedente de elevación previa de la misma nos sirve para establecer el diagnóstico y el pronóstico del paciente.

El padecimiento causa con frecuencia complicaciones importantes en órganos vitales " blanco " principalmente corazón, cerebro, y riñones por su capacidad para producir daño por si sola, hecho muy significativo que se traduce en una reducción muy importante en la esperanza de vida de quien la padece, y que está comprobado que las complicaciones antes mencionadas se presentan más en quienes se ignoraban hipertensos, o en quienes no recibieron tratamiento.

Si a lo anterior agregamos que aparte de la enfermedad hipertensiva existe otro padecimiento concomitante que pudiera ser de los llamados "factores de riesgo cardiovascular" como lo son la obesidad en sus distintos grados, la Diabetes mellitus, la hiperuricemia, la hipercolesterolemia, angor, la depresión, el tabaquismo crónico, el estilo de vida, y la actividad física, la expectativa de vida es más corta aún y las complicaciones más frecuentes.

Las complicaciones graves que se presentan en quienes no dan la importancia debida al padecimiento o en aquellos que lo ignoraban son;

( 4 )

accidentes vasculares cerebrales, insuficiencia cardiaca congestiva, -  
cardiopatía hipertensiva, insuficiencia renal, cardiopatía isquémica, -  
que de presentarse alteran la dinámica familiar, sobre todo si es el  
paciente el que sostiene el hogar, dichas complicaciones deben evitar-  
se.

MATERIAL Y METODO

Se revisaron los expedientes clínicos de los pacientes que ya tenían el diagnóstico del padecimiento en estudio, y de aquellos pacientes en que por medio de las tomas de las cifras tensionales elevadas que ya habían presentado en citas anteriores de la consulta externa detectándose nuevos casos durante 1982, de la población adscrita al consultorio No.- 10 horario AC de la U.M.F. No.-1 Puebla Pue.

A dichos pacientes se les solicitó exámenes de laboratorio y gabinete una vez analizados y comentados los resultados de dichos exámenes paraclínicos, llenado de anexo # 2 y prescripción de tratamiento médico e higiénico-dietético eran enviados a Clínica de Hipertensión Arterial para valoración, y clasificación de los mismos, posteriormente el paciente regresaba al consultorio del servicio de Medicina Familiar para continuar con tratamiento y control, además de que se evaluaba la eficacia del tratamiento.



## RESULTADOS.

Del total de la población adscrita estudiada que es de 2338 personas se encontró un total de 114 pacientes hipertensos estudiados de manera integral lo que corresponde a un 4.87 % del total de derechohabientes con respecto a sexo y grupos de edad el resultado es el siguiente;

( cuadro No.- 1 )

Grupos de edad	sexo		total	porcentaje.
	masculino	femenino		
10 - 20 años	2	0	2	1.75 %
20 - 30 años	6	1	7	6.14 %
30 - 40 años	5	19	24	21.05 %
40 - 50 años	10	18	28	24.56 %
50 - 60 años	12	16	28	24.56 %
60.- 70 años	3	7	10	8.77 %
70 - 80 años	3	9	12	10.52 %
80 - a más "	1	2	3	2.63 %
Total de casos	42	72	114	100 %

## Encuesta específica .

El padecimiento como podrá observarse es más frecuente en el sexo femenino ( 63.16 % ) que en el masculino ( 36.84 % ), los grupos de edad más afectados son los que comprenden de los 30 a los 60 años de edad, el grupo que más casos presenta es el de mujeres de 30 a 40 años con 19 casos ( 16.66 % ), el paciente de menor edad fué masculino de 19 años y el de mayor edad femenino de 92 años de edad.

En relación a antecedentes heredo-familiares tenemos que mencionar - que algunos pacientes tienen 2 o 3 de los antecedentes que a continuación se enlistan, así como también hay quienes negaron todo tipo de antecedente heredo-familiar positivo.

( cuadro No.- 2 ).

## Antecedentes heredo-familiares.

Diagnóstico	frecuencia	porcentaje
Obesidad	35 casos	28.94 %
Hipertensión Arterial	33 casos	30.7 %
Diabetes Mellitus	27 "	23.63 %
Negados	26 "	22.8 %
Cardiopatías	8 "	7.01 %
A.V.C.	13 "	11.4 %
Ignorados	6 "	5.26 %
Otros	22 "	19.29 %

## \* Encuesta específica .

Se encontro como el antecedente de mayor frecuencia a la obesidad , posteriormente a la hipertensión arterial, la diabetes mellitus, a las cardiopatías en general en orden decreciente, en el caso de los pacientes refieren AVC se ignoraba el estado de salud previo en sus familiares que lo presentaron, un grupo importante nego antecedentes y otro con antecedentes tales como CACU, CA de próstata inespecificos para nuestro estudio.

Nuestros pacientes estudiados presentan también una serie de padecimientos concomitantes, algunos de los cuales se consideran "factor de riesgo para todo hipertenso, incluye tabaquismo,

( cuadro No.- 3 ).

Diagnóstico	No.- de casos	Porcentaje.
Obesidad	45	39.47 %
Artropatía degenerativa	22	19.29 %
Diabetes mellitus	19	16.66 %
Hiperuricemia	7	6.14 %
Hipercolesteronemia	6	5.26 %
Cardiopatía mixta	2	1.75 %
Nefropatías	2	1.75 %
Secuelas de AVC	1	0.87 %

Como se podrá apreciar en su mayoría "factores de riesgo cardiovas-  
cular, con respecto al hábito tabaquico crónico ;  
( cuadro No.- 4 ).

**Tabaquismo.**

Grado de tabaquismo consumo 24 hs.	sexo		total	porcentaje
	Masc.	femenino.		
leve (1 - 19 ciga- rillos /24 hs.	18	14	32	28.07 %
Moderado (20-39 ci- garillos /24 hs.	6	1	7	6.14 %
Total	24	15	39	34.21 %

**\* encuesta específica.**

En ningún caso se encontró tabaquismo severo, la mayoría de pacientes fumadores se encontró en sujetos jóvenes sobre todo en el sexo feme-  
nino, tal vez debido a la mayor aceptación social en la actualidad de  
la mujer que fuma.

La sintomatología y signología que se presenta en la mayoría de los  
casos es la siguiente, se omite la elevación de las cifras tensionales  
por ser signo pivote del padecimiento .

( cuadro No.- 5 )

Signos y síntomas	frecuencia	porcentaje
Cefalea	76	66.66 %
Acufenos	62	54.38 %
Precordialgia	27	23.68 %
Fosfenos	23	20.17 %
Vértigo (mareo)	23	20.17 %..
Edema miembros inferiores	21	18.42 %
Disnea de grandes a media- nos esfuerzos	19	16.66 %
Equimosis conjuntival	2	1.75 %
Asintomáticos	21	18.42 %

**\* encuesta específica.**

Observando el cuadro anterior el número de pacientes asintomáticos es menor al esperado.

Las cifras tensionales encontradas se resumen en el cuadro siguiente;

( cuadro No.- 6 ).

Clasificación de acuerdo con la presión arterial diastólica.

Leve TA diastólica de 90 - 110 mm Hg	110 casos	96.49 % de porcentaje
moderada TA diastólica 115 - 130 mm Hg.	4 casos	3.51 % " "

\* encuesta específica.

No se encontró un solo caso de TA diastólica grave.

El tiempo de evolución del palecimiento en estudio.

( cuadro No.- 7 )

Tiempo de evolución	No.- de casos	porcentaje.
1 - 2 años	25	21.92 %
2 - 3 años	27	23.6 %
3 - 4 años	18	15.78 %
4 - 5 años	18	15.78 %
5 - 7 años	11	9.64 %
7 - 9 años	12	10.52 %
Ignorado	3	2.63 %

\* encuesta específica.

el caso más reciente tenía una evolución de 15 meses, el de mayor tiempo de evolución 27 años, los grupos con mayor número de casos y de relativamente poco tiempo de evolución corresponde a personas en su mayoría entre la 4ª y 5ª décadas de la vida.

En los hallazgos de laboratorio muestran alteraciones que no son específicas del palecimiento en estudio,

H.- hipocromia	12 casos	10.50 %.
VSG acelerada	33 casos	28.94 %.

La hemoglobina disminuida (anemia hipocrómica) es de etiología diversa por lo que respecta a la velocidad de sedimentación globular aumentada de debe a otras eventualidades.

QS.- Hiperuricemia 7 casos 6.14 %.

Hipercolesteronemia 6 casos 5.26 %

Lo anterior por padecimientos coexistentes.

Resto de laboratorio dentro de límites normales.

RADIOLOGICAMENTE. ( cuadro No.- 8 ).

Diagnóstico radiológico	casos	porcentaje.
Cardiopatía hipertensiva	9	7.89 %
Cardioangioesclerosis	6	5.26 %
Sobredistensión pulmonar	3	2.63 %
Fibrosis pulmonar	1	0.87 %
Emfisema pulmonar	1	0.87 %
Bronquitis crónica	1	0.87 %
Normales.	87	58.77 %

\* encuesta específica.

Electrocardiográficamente, solo se solicitó: ECG a aquellos pacientes que manifestaron precordialgia ;

( cuadro No.- 9 ).

Electrocardiograma en 27 pacientes = 100 %.

Datos de isquemia	2 casos	7.40 % porcentaje
Trazo normal	25 casos	92.60 % "

\* encuesta específica .

Una vez analizado anamnesis, historia clínica completa, datos de laboratorio y gabinete se llegó al diagnóstico.

( cuadro No.- 10 ).

Diagnóstico	casos	porcentaje
Hipertensión arterial esencial	55	48.24 %
Hipertensión arterial secundaria	37	32.40 %
Arterioesclerosis	18	15.76 %
Hipertensión arterial mixta	2	1.75 %
Cardiopatía mixta	2	1.75 %

\* encuesta específica.

El tratamiento conciste en medidas generales como lo son la dieta hiposódica, dietas de reducción en los casos que lo ameriten, psicoterapia de apoyo, recomendaciones dirigidas a reducir y abandonar en forma definitiva el hábito de fumar, en cuanto a tratamiento farmacológico que se ha utilizado es;

( Cuadro No.- 11 )

Fármacos	No. Casos	porcentajes.
Alfametildopa, clortalidona sales de potasio	45	39.50 %
Alfametildopa, furosemida sales de potasio	24	21.10 %
Guanetidina y furosemida	4	3.50 %
Propranolol y furosemida	2	1.75 %
Diurético solamente	23	20.20 %
Alfametildopa únicamente	13	11.40 %
Sin tratamiento	3	2.60 %

\* encuesta específica -.

El tratamiento medicamentoso se ajusta la dosificación según las necesidades del paciente, en la medición de la tensión arterial, con respecto a la respuesta al tratamiento se puede considerar como buena en su mayoría hay que recordar la hipertensión arterial leve es la más frecuente.

DISCUSION.

El porcentaje de pacientes hipertensos en nuestra población estudianta es relativamente baja, pero debemos de tener en cuenta que no todos los paciente acuden a consulta y por los movimientos dinámicos de cambios de adscripción de diversa índole.

El sexo femenino fué el que presentó mayor prevalencia en comparación con el sexo masculino, en cuanto a grupos de edad está se presentó con mayor frecuencia entre los 30 y los 60 años de vida, para ir decreciendo conforme la edad, los casos en menores de 20 años fué el, padecimiento secundario.

El antecedente heredofamiliar que más se encontró fué la obesidad, la hipertensión arterial y la Diabetes Mellitus como las más importantes así como también hubo un grupo importante en número que no tenían antecedentes hereditarios familiares, así como un número muy pequeño de pacientes los ignoraban.

El tabaquismo en más del 30% de pacientes siendo mayor el hábito de fumar en hombres que en mujeres, pero mostrando en estas un incremento importante.

Sintomatología y signología por lo general lo encontrado corresponde al complejo sintomático de vasoespasmo, el porcentaje de pacientes casi asintomáticos es relativamente bajo para lo que se esperaba encontrar. El tiempo de evolución dato recolectado por anamnesis pudiera ser de relativo valor, tomando en cuenta que el paciente ignoraba en algunos casos el tiempo de su padecimiento, aunque en otro número de pacientes se consignaba en el expediente el inicio de su enfermedad.

Las alteraciones del laboratorio no son específicas de Hipertensión arterial, ya que como puntualizamos son de eventualidades patológicas coexistentes, radiológicamente la mayoría normal solo un grupo minoritario con alteraciones radiológicas, algunas no de nuestra entidad nosológica en estudio.

Solamente en 2 casos con alteraciones electrocardiograficas del tipo isquemia, porcentaje bajo daio el número de pacientes que retirieron precordialgia.

La clasificación en la que se encontró un elevado número de enfermos es en la forma leve, con hipertensión arterial escencial, posteriormente fué la secundaria, arterioesclerosis, cardiopatia mixta.

La respuesta al tratamiento en general se considera favorable, ademas se debrá seguir valorando cada caso y su dosificación en forma individual y ajustando la dosificación según las cifras obtenidas en forma subsecuente.



CONCLUSIONES.

Se debe poner especial interés al detectar unas cifras tensionales elevadas y no considerarlo como cambios propios de la edad, citar al paciente para toma subsecuente de la tensión arterial para poder establecer el diagnóstico, hacer el estudio del paciente desde historia clínica completa, exploración física minuciosa e integral para descartar que sea secundaria y que haya otro padecimiento concomitante, concientizar al enfermo de su padecimiento y de las complicaciones que pueden presentarse de no llevar a cabo las indicaciones, claro que deberá de hacerse de una manera atenta y con tiento, explicarle que el tratamiento es largo, la importancia de ingerir los medicamentos como se indican para controlar su presión, además es bien importante mencionarle que el hecho de mantenerse asintomático no refleja el dejar de ingerir los medicamentos ni las cifras de la presión arterial, nunca dejar de observar la dieta hiposódica y las medidas ordenadas, se deberá adar psicoterapia de apoyo y mostrar interés por su problema al insistirle en la importancia de asistir puntualmente a sus citas de vigilancia programadas.

Lo anterior parte de que la mayoría de pacientes jóvenes o con bajo nivel cultural al sentirse mejor frecuentemente abandonan el tratamiento o no, le dan la importancia que requiere, y es en estos casos lamentablemente donde ocurren las complicaciones, que ocasiona por sí sola.

El paciente hipertenso es un problema al que se le debe poner especial cuidado no solo el médico familiar sino todo el equipo de salud. Finalizaremos repitiendo con Paul" no es ninguna exageración decir que el diagnóstico, el estudio, y el tratamiento de la hipertensión leve en los adultos jóvenes o de mediana edad constituyen en la actualidad una de las mayores tareas de la medicina" .

## B I B L I O G R A F I A .

- 1.-Alcocer, L y González, C ; Hipertensión Arterial, Diagnóstico y tratamiento. La Prensa Médica Mexicana 1977.
- 2.-González, C y Chavez, R ; Epidemiología de la Hipertensión Arterial en México, Estudio en el municipio de Toluca, México 1976.
- 3.-Chávez, R ; Mortalidad de las Enfermedades Cardiovasculares en México Archivos del Instituto de Cardiología de México. año 49, tomo XLIX , Marzo- Abril 1979; 303-323.
- 4.-Frohlich, B, D ; Circulación Hiperdinámica e Hipertensión Arterial, Rev. Educación Médica Continua, Vol. II, No.-3. 1977.
- 5.-Feintuch, U, J ; Encefalopatía Hipertensiva. Mecanismo, hallazgos clínicos y tratamiento. Rev. Médica IMSS México, Vol 20, No.-2 1982 ; 207.
- 6.-Escudero Jorge; Hipertensión Arterial y Cardiopatía isquémica, Rev. Médica IMSS México, Vol. 19, No.-1 1981 , 13;18 .
- 7.-Robert, H; Arndt, S; Predictability of Blood Pressure Response to Isometric Stress, The American Journal of Cardiology, Vol 51, January 1 1983, ;787 .
- 8.-Piña, L y F. Puerto, J; Prevalencia de Hipertensión Arterial en un grupo de Derechohabientes del IMSS. Rev. Médica IMSS México Vol. 19 N°-2 1981 ; 219-221.
- 9.-Richard, B y Savage, D ; Relation of Hemodynamic Load to Left Ventricular Hypertrophy and Performance in Hypertension, The American Journal of Cardiology, Vol. 51, January 1 1983; 171-174.
- 10.-Raison, R y Achimastos, A ; Intravascular Volume, Extracellular Fluid Volume, and Total Body Water in Obese and Nonobese Hypertensive Patients. The American Journal of Cardiology, Vol. 51, January 1 1983; 165-170.
- 11.-Londe, S.; Causas de Hipertensión Arterial en gente joven , Clinicas Pediátricas de Norteamérica , Vol. 1 1978 55;66.
- 12.-P. Conomy, J; Impacto de la Hipertensión Arterial sobre el encéfalo . Rev. Medicina de Postgrado, Vol. 10. No.-5, Mayo de 1982.; 29-34.
- 13.-Takishita, A y Tanaka, M; Effects of Propranolol on baroreflex sensitivity in borderline Hypertension. Archivos del Instituto de Cardiología de México. año 49, tomo XLIX, No.-2 Marzo- Abril 1979; 324-325.
- 14.-O'Malley, K y O'Brien, E.; Management of Hypertension in the Elderly , New England J. Med. Vol 302, 1980; 1, 397-1, 401.
- 15.-Pushkar, Y y Aronov, C; Guide el corazón y los vasos, ED. Mír. Moscú 1976.
- 16.-Zanchetti, A.; La Metildopa en la Hipertensión. Edit. New Jersey Simposio Internacional sobre Hipertensión Arterial 1978.
- 17.-Escudero, J.; Tabaquismo y enfermedades Cardiovasculares, Rev. Médica IMSS Vol. 21, Marzo-Abril 1983; 135 .
- 18.-Edward, J. ; Cumplimiento en Hipertensos jóvenes. Clínica Pediátricas de Norteamérica Vol.1, 1978; 175-182.
- 19.-Jakes, J; Heretability of Blood pressure. BR, medical. J. J<sup>u</sup>anuary 1978 Vol.1.; 127.
- 20.-Tarazi, R.; Conceptos modernos en la terapéutica con diuréticos , Educación Médica continua. Vol II; 1977; 51 .