

11226
2 ej 22



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
División de Estudios de Postgrado
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
Unidad de Medicina Familiar No. 75

**MANEJO MEDICO INTEGRAL DEL PACIENTE
HIPERTENSO EN EL PRIMER NIVEL
DE ATENCION MEDICA**

TESIS DE POSTGRADO
Que para obtener el Título de:
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P r e s e n t a:
LUIS DAVILA SOLIS



Cd. Nezahualcoyotl, Edo. de México
Febrero 1988

FALLA DE ORIGEN



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.

C O N T E N I D O

	Pág.
I Introducción.....	1
II Material y Métodos.....	23
III Resultados.....	27
IV Discusión y Comentarios.....	33
V Conclusión.....	37
VI Bibliografía.....	39
VII Anexos.....	41

I. Introducción:

La hipertensión arterial sistémica es una de las causas más frecuentes de consulta en nuestro medio, en la Unidad de Medicina Familiar No 75 del Instituto Mexicano del Seguro Social, representa el segundo lugar de causa de consulta de enfermedades crónicas degenerativas. Siendo sus complicaciones invalidantes y algunas incluso pueden causar la muerte (Enfermedad cerebrovascular, infarto del miocardio).

Para otorgar en el primer nivel de atención manejo médico integral de la hipertensión arterial sistémica es necesario conocer y aplicar sus lineamientos que comprenden conceptos sobre; hipertensión arterial sistémica (Etiología, epidemiología, prevención, fisiopatología, diagnóstico, tratamiento farmacológico) y aspectos psicosociales (Eje de las esferas, ambitos y funciones).

El objetivo primordial de éste estudio consiste en determinar si existe manejo médico integral de los pacientes hipertensos adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No 75 del Instituto Mexicano del Seguro Social, tomando en cuenta que obviamente para que se otorgue éste, el médico familiar debe de tener los conocimientos básicos sobre dicho manejo.

En base a lo anterior nos planteamos la pregunta siguiente: ¿ Se

les otorga manejo médico integral a los pacientes con hipertensión arterial sistémica esencial adscritos a la Unidad de Medicina Familiar No 75 del Instituto Mexicano del Seguro Social. Su ponemos que el médico familiar adscrito a la Unidad de Medicina Familiar No 75 no conoce el manejo médico integral del paciente hipertenso y que por lo tanto no otorga dicho manejo, ya que se ha observado empíricamente que el médico familiar no otorga atención médica integral al paciente hipertenso, que sólo otorga tratamiento médico y en ocasiones malo, quizá como consecuencia de la medicina institucionalizada que realiza durante su servicio en la consulta externa. Dado que no se ha realizado un estudio previo a éste respecto, se decide realizar el presente estudio, para dar una visión más amplia de la calidad de atención médica que otorga el médico familiar con respecto al abordaje médico integral de los pacientes hipertensos.

A continuación ofrecemos una exposición de los conceptos fundamentales del manejo médico integral del paciente con hipertensión arterial sistémica esencial.

A la hipertensión arterial sistémica se le define como el aumento patológico sostenido de las cifras tensionales, la diastólica por arriba de 95 mmHG y la sistólica por arriba de 160 mmHG, la Organización Mundial de la Salud establece que las cifras tensionales normales del adulto son de 140/90 mmHG. (5)

Etiología: se desconoce en el 90% de los casos y constituye la

hipertensión arterial sistémica esencial o primaria, el resto de la hipertensión arterial sistémica es secundaria a alguna patología vascular, endócrina, renal, suprarrenal o de tiroides etc.

Epidemiología: es una enfermedad cosmopolita que afecta aproximadamente al 20% de la población mundial, tomando su importancia el hecho de que solo el 50% de los hipertensos saben que son portadores y el otro 50% lo ignoran, del 50% que se saben portadores sólo la mitad reciben tratamiento médico.

En la literatura mundial se reporta predilección por el sexo femenino, sin embargo estudios realizados en la Unidad de Medicina Familiar No 20 del Instituto Mexicano del Seguro Social no han encontrado predominio alguno, por lo que se pudiera pensar que el predominio del sexo femenino se debe a que las mujeres consultan más que los hombres y que a su vez ésta sea la razón por lo que la enfermedad sea más grave en el hombre. (2)

La hipertensión arterial sistémica esencial se presenta casi siempre entre los 20 y 50 años, antes y después de estas edades debe sospecharse en hipertensión arterial secundaria, los individuos metódicos, compulsivos y responsables son los que más frecuentemente desarrollan hipertensión arterial.

La longevidad del hipertenso ha aumentado al poder controlar sus cifras tensionales con nuevos y potentes fármacos. La repercusión social es considerable ya que origina ausentismo intermiten

ta y sus complicaciones originan invalidez y muerte.

Existen multitud de factores que inciden directamente en el pronóstico y evolución del paciente hipertenso como lo son:

- 1- Edad entre 25 y 35 años.
- 2- Raza, la negra con evolución sombría.
- 3- Obesidad, factor predisponente en el 50% de los casos.
- 4- Trabajo, influyen los niveles de stress que deben manejar.
- 5- Dieta, hay una relación directa entre el grado de consumo de iones sodio con presencia de hipertensión arterial, la ingesta de café en grandes cantidades, aumenta la probabilidad y evolución de la hipertensión arterial.
- 6- Tabaquismo, por el efecto vasoconstrictor de la nicotina que en general agrava la hipertensión arterial.
- 7- Alcohol, por su efecto vasoconstrictor.
- 8- Actividad física, sedentarismo aunado a obesidad y patología coronaria. (2)

Prevención: se basa en los siguientes pasos:

- 1- Estudio epidemiológico para descubrir oportunamente al paciente hipertenso.
- 2- Control permanente del paciente hipertenso con tratamiento médico adecuado.
- 3- Si son obesos, dieta de reducción, hipocolesterolínica e hiposódica moderada.
- 4- Fomentar la actividad física, prohibir tabaquismo e ingestión de bebidas alcohólicas.

5- Ayudar a los sujetos emotivos ó hiperrreactores mediante psicoterapia y tranquilizantes. (7)

Fisiopatología: en la producción de la hipertensión arterial existen factores predisponentes, desencadenantes y mantenedores; el principal factor predisponente es la herencia, el desencadenante es la contracción arteriolar, provocada por varias sustancias como, catecolaminas, serotonina, renina, angiotensina, aldosterona y sodio. Los mantenedores son los mismos desencadenantes pero intensificados a los que se agrega hipertrofia arteriolar que puede llevar a esclerosis y necrosis con mayor reactividad de la arteriola para los estímulos simpáticos. (7)

Por lo que toca a la hipertensión arterial secundaria las principales causas radican en la patología renal - glomerular que fisiopatológicamente producen aumento de la resistencia vascular periférica como suele suceder en la glomeruloesclerosis diabética, riñon poliquístico, pielonefritis en fase avanzada, poliarteritis nodosa, esclerodermia, lupus eritematoso e isquemia renal, que originan la llamada hipertensión renovascular. Menos frecuentes son las causas suprarrenales de hipertensión como lo son el síndrome de Cushing, hiperaldosteronismo primario, feocromocitoma, la principal causa de hipertensión arterial secundaria en la mitad superior del cuerpo es la coartación aórtica y dentro de las causas de etiología oscura tenemos a la toxemia gravídica y la porfiria aguda intermitente.

Las alteraciones anatomopatológicas que produce la hipertensión arterial tienen un carácter irreversible y básicamente son: en corazón produce hipertrofia ventricular izquierda, llevando a insuficiencia coronaria, arterosclerosis coronaria con insuficiencia coronaria aguda paroxística (Angor pectoris), incluso infarto al miocardio, el ser hipertenso aumenta de dos a tres veces la posibilidad de padecer esta última patología. A nivel renal produce arterioloesclerosis renal que lleva a necrosis fibrinoide y uremia.

En sistema nervioso produce lesiones a nivel de retina, produciendo hemorragias, exudados y papiledema y secundario a esto encontramos escotomas, visión borrosa y aún ceguera, cabe mencionar que la hipertensión arterial es el principal factor de riesgo aislado que predispone a episodios de enfermedad cerebrovascular, ya que se considera que el paciente hipertenso tiene de 3 a 5 veces más posibilidades de desarrollar evento hemorrágico a nivel cerebral (Datos obtenidos del estudio Framingham).

Diagnóstico: establecer éste diagnóstico es de vital importancia ya que la morbimortalidad se incrementa linealmente con el aumento de la presión diastólica o sistólica.

Debe medirse la presión arterial cuando menos en dos ocasiones diferentes y si el paciente muestra una presión igual o superior a los valores dados previamente, es calificado como hipertenso. (3)

La presión arterial debe medirse en ambos brazos con el paciente sentado (El criterio de tiempo entre las tomas es arbitrario) con el brazo extendido y mano en posición supina, el brazalote debe colocarse a la altura del corazón, la presión diastólica se determina en el momento en que desaparece el ruido y no cuando éste cambie de calidad (Korotkoff).

Las posiciones del paciente para la toma de la presión arterial deben ser; sentado, acostado y parado, con dos minutos de intervalo por determinación, con respecto a los datos clínicos no se debe pasar por alto que aproximadamente la mitad de los hipertensos cursan asintomáticos por varios años y que aproximadamente a los 35 o 40 años de edad empieza a dar una gama de signos y síntomas propios de la enfermedad, encontrándose dentro de los más frecuentes; cefalea, teniendo ésta las características de ser pulsátil, biparietal o frontal, parestesias, acúfenos, fosfenos, mareos, e pistaxis, palpitaciones, intensificación del segundo ruido cardíaco y al fondo de ojo podemos observar exopsmo y estrechamiento arteriolar generalizado así como compresiones venosas en los cruces.

La evaluación del paciente hipertenso incluye un interrogatorio cuidadoso con énfasis en los siguientes puntos:

- 1- Historia familiar de hipertensión arterial o enfermedad cardiovascular.
- 2- Edad de inicio de hipertensión.
- 3- Dieta e ingestión de sal.

- 4- Presencia de algún otro factor cardiovascular.
- 5- Enfermedad cardiovascular, tales como agina de pecho.
- 6- Uso de fármacos que se asocian con hipertensión, tales como anticonceptivos orales, estrógenos, esteroides, hormonas tiroideas
- 7- Síntomas de hipertensión secundaria, como cefalea, sudoración excesiva, palpitaciones (Síntomas de feocromocitoma), calambres musculares, debilidad y poliuria (Sugereentes de hiperaldosteronismo), claudicación intermitente de los miembros inferiores (Presente en la coartación aórtica).

En cuanto a la exploración física es importante la ponderación de el peso corporal, estudio de fondo de ojo (Ya que así se sabe si la presión arterial elevada es reciente, activa o antigua al igual de la gravedad de la misma según el grado que se encuentre de angiospasm o angiosclerosis) (4); evaluación tiroidea, revisión cardiovascular (Busqueda de soplos o palpitaciones); así como evaluación de la vasculatura periférica, efectuando así mismo exploración neurológica y busqueda de signos de insuficiencia renal o síndrome de Cushing.

La evaluación paraclínica y de gabinete esenciales para la valoración del paciente hipertenso en el primer nivel de atención incluye lo siguiente; citología hemática completa, examen general de orina, potasio, urea y creatinina sérica, colesterol, ácido úrico, telerradiografía de tórax, en segundo nivel de la atención médica se hacen estudios más sofisticados como por ejemplo actividad de renina etc. (7)

Cabe mencionar que los paraclínicos y gabinete que deben ser solicitados en el primer nivel de atención, daran una información fidedigna de las alteraciones de los órganos más afectados por la hipertensión arterial, así como de las potenciales complicaciones que son secundarias a la elevación de la presión arterial.

El riesgo cardiovascular del paciente hipertenso es evaluado por los principios generales obtenidos del estudio Framingham identificando cinco variables que predicen el riesgo de sufrir complicaciones cardiovasculares y son: elevación de la tensión arterial, colesterol sérico elevado, tabaquismo presente, intolerancia a la glucosa, así como evidencia electrocardiográfica de hipertrofia y sobrecarga del ventrículo izquierdo. (4) La presencia de un riesgo cardiovascular elevado reduce el umbral en el que debe de recibir tratamiento el paciente hipertenso.

Según sea el incremento de las cifras tensionales, se habrá de hipertensión arterial sistémica leve cuando la cifra diastólica se encuentra entre 90 y 104 mmHG, moderada cuando está entre 105 y 120 mmHG y severa o grave cuando la cifra diastólica es igual o mayor a 120 mmHG.

Tratamiento: el tratamiento adecuado del paciente hipertenso reduce significativamente la morbimortalidad por las complicaciones ya mencionadas cuando hablamos de alteraciones anatomopatológicas (Insuficiencia cardíaca congestiva, insuficiencia renal, isquemia miocárdica y enfermedad vascular cerebral). en los pacientes con

cifras tensionales diastólicas de 105 mmHG o más el objetivo del tratamiento sera reducir la presión diastólica por debajo de 90 mmHG ya que esto reduce significativamente las complicaciones de la hipertensión arterial.

Los pacientes que presentan incremento en sus cifras tensionales sistólicas no tendran indicación clara de tratamiento en ausencia de elevación de presión diastólica, ya que aunque existe un mayor riesgo asociado a la hipertensión sistólica, no se han demostrado beneficios con el tratamiento, por lo que se recomienda manejo conservador. El tratamiento para los pacientes con hipertensión arterial sistólica esta indicado en los casos siguientes; pacientes jovenes (35 años o menos) con presión sistólica mayor de 140 mmHG, enfermos con presión sistólica mayor de 105 mmHG y pacientes mayores de 60 años cuya presión sistólica sobrepase los 160 mmHG, es difícil de controlar la hipertensión arterial sistólica un buen regimen farmacológico la disminuira un 10% sin utilizar medidas agresivas, cabe mencionar que la hipertensión sistólica secundaria a estados de alto gasto cardiaco como en la regurgitación aórtica o anemia no ameritan tratamiento antihipertensivo.

En los pacientes con cifras diastólicas persistentes entre 90 y 100 mmHG deben intentarse cambios radicales en su dieta antes de instituir tratamiento farmacológico pero esto queda reservado sólo para el siguiente tipo de pacientes: aquellos que no tienen riesgo cardiovascular evidente, sin antecedentes familiares de hipertensión y que muestren un alto grado de motivación. Estara

indicado el tratamiento farmacológico en estos pacientes cuando la presión arterial diastólica sobrepase los 95mmHG aún después de que el paciente haya sido manejado con el criterio anteriormente mencionado.

En Estados Unidos de Norteamérica el comité nacional para la detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial recomienda el siguiente criterio terapéutico, tomándose como referencia la presión arterial diastólica. (3)

	Presión Promedio	Diastólica (mmHG)	
120 o más	105-119	90-104	Menos de 90
Evaluar y tratar inmediatamente.	Trátase	Iniciése TX, a menos que existan contraindicaciones para administrar medicamentos.	vigílese anualmente la presión arterial.

El manejo adecuado del paciente hipertenso desde el punto de vista médico implica primordialmente medidas higienicodietéticas y tratamiento farmacológico, dentro de las medidas higienicodietéticas sobresalen; disminución del estado de stress, dieta adecuada con disminución en el aporte de cloruro de sodio hasta 5 gramos al día, hipocolesteronémica y exenta de grasas saturadas, ejercicio en forma regular dentro de los límites de factor de riesgo coronario del enfermo (el ejercicio reduce directamente la presión arterial) indicándose ejercicios isotónicos (correr, caminar) ya que estos han demostrado ser mejores que los isométricos (levantamiento de objetos pesados) porque estos últimos elevan la presión arterial, otra

medida importante consiste en lograr que los fumadores dejen el hábito, así como disminución en la ingesta de café y alcohol.

El tratamiento farmacológico tiene como objetivos: disminuir la tensión arterial a 140/90 mmHG o menos, no reducir en pacientes seniles las cifras tensionales diastólicas a menos de 100 mmHG ya que si se reduce por debajo de esta cifra podemos producir alteraciones cerebrovasculares, al evaluar la terapia farmacológica debemos tomar la presión arterial en posiciones diferentes, por otro lado la hipertensión leve es la que es factible controlar sólo con un fármaco y/o con medidas higienicodietéticas. (5)

Existe en la actualidad una gama de medicamentos antihipertensivos que permiten una elasticidad considerable para elegir o elaborar un régimen eficaz, estos incluyen diuréticos, simpaticolíticos, vasodilatadores, inhibidores de enzima convertidora de angiotensina y calcioantagonistas.

La terapéutica esta basada en un modelo medicamentoso escalonado y progresivo, para llevar al paciente al control de sus cifras tensionales mediante reajustes periódicos y mantenerlo con dosis adecuada y escasos efectos colaterales. (Algoritmo)

Se menciona que tradicionalmente se inicia el tratamiento con un diurético o un betabloqueador, seguido de una combinación de los dos si el tratamiento inicial no tiene efectos favorables, actualmente el tratamiento inicial con diurético esta perdiendo popula

ridad, por producir hipocalcemia y elevación de las proteínas plasmáticas, pero podemos predecir que se volverá a la utilización de los diuréticos por su eficacia, su bajo costo y baja frecuencia de dosificación. Dentro de los betabloqueadores con cardioselectividad y larga duración de acción se prefiere al atenolol sobre todo en pacientes jóvenes, prefiriéndose en los pacientes ancianos para su control inicial la utilización de calcioantagonistas teniendo estos medicamentos como factores de peso para su uso temprano la necesidad de administrarlos en intervalos frecuentes.

También se propone para el manejo inicial la administración a dosis bajas de simpaticolíticos, tomando en cuenta que si no se tiene éxito con una sola droga, se combine un diurético con algún fármaco de otra clase.

En caso de no tolerar o ser ineficaces los betabloqueadores pueden ser sustituidos por inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina como enalapril o captopril a dosis bajas o por algún simpaticolítico (Prazosina). Los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina son de especial utilidad en pacientes con insuficiencia cardíaca, los pacientes con hipertensión y angina de pecho no deben de recibir betabloqueadores y serán candidatos para administrarles calcioantagonistas.

Para el tratamiento de la hipertensión arterial severa se deben combinar varias drogas, habitualmente se administra el siguiente esquema; un diurético, un betabloqueador, un vasodilatador (Hidra

lacinia), o bien un diurético, un betabloqueador en combinación con un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina ó otro simpaticolítico, otra opción puede ser; un diurético con un simpaticolítico potente o con un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina a dosis elevadas, para los pacientes con hipertensión refractaria puede combinarse el minoxidil (Vasodilatador potente) o un inhibidor de enzima convertidora de angiotensina a dosis elevadas con un diurético o simpaticolítico, o bien dos simpaticolíticos que actúen por diferentes mecanismos como un betabloqueador asociado a prazosina, clonidina pudiéndose combinar con un diurético y un vasodilatador.

Los pacientes en los que se obtenga un control adecuado y sus cifras tensionales se mantienen estables será razonable reducir controladamente las dosis farmacológicas. Si se logra identificar la causa de la hipertensión arterial, el tratamiento puede ser quirúrgico en casos como coartación aórtica, hiperplasia suprarrenal, feocromocitoma o riñón poliquistico.

Por último y con respecto al tratamiento puramente médico de la hipertensión arterial sistémica esencial en el adulto se esquematizará el tratamiento escalonado que se debe seguir con todo paciente hipertenso (Algoritmo farmacológico), no olvidando que en ocasiones se requerirá valoración del paciente hipertenso por el segundo nivel de atención sobre todo en los pacientes con mala respuesta al tratamiento o intolerancia al mismo, además se mencionarán los medicamentos más utilizados para el manejo de el pacien

te hipertenso.

Algoritmo

Farmacológico.

Prefiera betabloqueador en la mayoría de los pacientes, excepto ancianos.

Prefiera un diurético tiazídico en ancianos e hipertensos dependientes de volumen.

Respuesta inadecuada persiste la hipertensión.

Buena respuesta baja la presión arterial.

Combine un diurético con un betabloqueador, si ello no resulta o es intolerable suspender el betabloqueador e inicie calcioantagonista, un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina o simpaticolítico.

Respuesta inadecuada persiste la hipertensión arterial, el paciente tiene enfermedad severa.

Buena respuesta baja la presión arterial.

Combine hidralacina con un betabloqueador y un diurético.

Combine un diurético y betabloqueador con una droga que actúe con mecanismo diferente, como inhibidor de enzima convertidora de angiotensina u otro simpaticolítico.

Combine diurético con simpaticolítico potente como clonidina o un inhibidor de enzima convertidora de angiotensina.

Respuesta inadecuada persiste la hipertensión arterial.

Buena respuesta baja la presión arterial.

Induzca vasodilatación con una combinación de minoxidil (o inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina a altas dosis), con un diurético y uno o más agentes simpaticolíticos.

Medicamentos antihipertensivos.

Medicamento	Dosis inicial y máxima (día)	Frecuencia de dosificación	Efectos colaterales.
Tiacidas:			
Clorotiazida	250 a 500 Mgs	Cada 24 Horas.	Hipocalemia, desequilibrio hídrico electrolítico.
Clortalidona	50 a 150 Mgs	C/24 a 72 Horas.	Hipocalemia, hiperuricemia, púrpura.
Hidroclorotiazida	50 a 100 Mgs	Cada 12 Horas.	Hipertrigliceridemia, hipercalcemia.
Diuréticos de asa:			
Acido etacrínico.	50 a 200 Mgs	Cada 12 Horas.	Púrpura, hipotensión, trombocitopenia. D.H.E.
Furosemida	40 a 160 Mgs	Cada 12 Horas.	Trombocitopenia, hipoacusia, trastornos gástricos hipocalemia.
Diuréticos ahorradores de potasio:			
Espironolactona	25 a 100 Mgs	Cada 8 Horas.	Hipercalcemia, exantema, náusea, diarrea, ginecomastia somnolencia.
Betabloqueadores:			
Atenolol	25 a 100 Mgs	Cada 24 Horas	Bradycardia, broncoespasmo, hipoglucemia, alucinaciones, insuficiencia cardíaca.
Propranolol	40 a 320 Mgs	C/b a 12 Horas.	Idem, al anterior.
Metoprolol	100 a 200 Mgs	Cada 12 Horas.	Idem, más enfermedad de Peyronie.

+Desequilibrio hidroelectrolítico.

Medicamento	Dosis inicial y máxima (día)	Frecuencia de dosificación	Efectos colaterales
Inhibidores de actividad simpática:			
Alfa-Metildopa	500 a 3000Mgs.	Cada 8 a 24Hs.	Depresión, hipotensión, fiebre, Coombs positiva.
Bloqueadores alfa y beta:			
Prazosina	2 a 20 Mgs.	Cada 8 a 24Hs.	Debilidad, depresión palpitations, hipotensión, diarrea y síncope en la primera dosis.
Guanetidina	10 a 300Mgs.	Cada 24 Horas.	Hipotensión ortostática, diarrea, bradicardia y congestión nasal.
Vasodilatadores:			
Hidralacina	40 a 400 Mgs.	C/6 a 12 Hrs.	Cefalea, taquicardia palpitations, edema y síndrome parecido al Lupus.
Inhibidor de enzima convertidora de angiotensina:			
Captopril	100 a 450 Mgs.	C/8 a 12 Hrs.	Exantema, fiebre, insuficiencia renal aguda, contraindicado en enfermedad de arteria renal.
Calcioantagonistas:			
Nifedipina	30 a 120 Mgs.	C/6 a 8 Hrs.	Vértigo, náusea, edema, exantema, taquicardia, exacerbación de insuficiencia cardiaca.
Verapamil	240 a 480 Mgs.	C/6 a 8 Hrs.	

La respuesta terapéutica del paciente hipertenso es más adecuada cuando se otorga manejo médico integral, entendiéndose que éste debe englobar tres ejes (Esferas, ámbitos y funciones), la orientación constante del médico hacia el paciente para desarraigarle de los factores psicosociales que le tienen y mantienen enfermo a pesar del tratamiento farmacológico, hace necesario observar si esta orientación se otorga en el primer nivel de atención, o si en determinado momento el médico pasa por alto no sólo el factor psicosocial sino también no aplica un algoritmo para el manejo farmacológico de la hipertensión arterial.

Es por ello que el médico debe de individualizar el tratamiento para cada paciente, dependiendo de los factores psicosociales que considere obren de manera importante para el mantenimiento y progreso de la enfermedad.

"La medicina familiar constituye una forma de práctica social de la medicina, que implica el abordaje de un problema social muy concreto, el otorgar manejo integral de la salud y enfermedad en individuos, familias y comunidades (países)" (1).

"El acercamiento a esta problemática exige el adecuado conocimiento de las leyes que gobiernan el desarrollo de la naturaleza (Biológicas), del comportamiento humano (Psicológicas) y de la sociedad en su conjunto (Sociales), el desvelamiento de estas leyes, permite un abordaje científico del proceso salud - enfermedad y permitira explicar, predecir y controlar favorablemente la salud -

enfermedad así como sus determinantes en el ser humano." (1)

La atención médica integral, contempla el abordaje del proceso salud - enfermedad mediante la integración de tres ejes; el eje de las esferas, el de los ámbitos y el de las funciones, procederemos a explicarlos y cual es la función del médico familiar en cada uno de ellos.

1.- Eje de las esferas (Biológico, psicológico y social): la función psicológica es la más especializada del soma y ambos (Soma y psique) son niveles funcionales y estructurales de expresión en la evolución de la materia, estando relacionadas con el medio que influirá en su aspecto natural y sobre todo social, enfermedades como la hipertensión arterial se expresa en mayor proporción en lo biológico, pero las limitaciones que impone y los riesgos que significa, afectan los niveles psíquico y social de quien la padece es por ello que al atender a un paciente hipertenso, de primera intención nos pondremos en contacto con el eje de las esferas y la posición del médico familiar sera el diagnosticar e identificar los factores que desencadenaron y perpetuan el proceso salud - enfermedad. (1)

2.- Eje de los ámbitos.

2.1- Ambito psicosocial (Dimensión individual); el abordaje de la dimensión individual comprende el diagnóstico, pronóstico y manejo de las tres esferas (Biológica, psicológica y social), desde el punto de vista psicosocial, se estudiara la conducta del indi

viduo respecto a su enfermedad, siendo la conducta que tome el paciente en relación a su medio familiar (Agresión etc).

2.2- Ambito sociodinámico (Dimensión grupal): la familia representa al grupo de interacción primaria, utilizandola el individuo como marco de referencia en su operar cotidiano, por lo que el abordar el proceso salud - enfermedad en los individuos, nos hace enfocarnos hacia la familia como grupo social primario y permanente investigando la posible participación de la familia en el proceso patológico del paciente, así como la repercusión del proceso patológico en lo referente al nucleo familiar, es importante tratar de indagar la participación facilitadora o entorpecedora de la familia en el manejo del proceso patológico.

2.3- Ambito institucional (Dimensión situacional o contextual): Debemos de observar a la familia como una dimensión histórica que ha evolucionado y no considerarla en forma aislada y libre de las influencias del contexto social que la rodea. (1)

Debe ubicarse a la familia como un producto histórico social, el ámbito institucional implica el análisis de la familia en su dimensión histórico y social, se debe de investigar sobre las determinantes socioeconómicas y culturales de la salud y enfermedad (posición que ocupa en el medio de producción, vivienda, servicios, educación, número de miembros etc).

3.- Eje de las funciones: actualmente la docencia, asistencia e

investigación son funciones indisolubles que deben integrarse en el abordaje integral de la salud.

3.1- Función docente (Procesos educativos a los usuarios de servicios), el médico familiar debe de ser educador permanente, ejerciéndose la docencia médica profesionalmente, es decir con intencionalidad implicando la realización de procesos enseñanza - aprendizaje, planeados, ejecutados y evaluados, siendo congruentes con el abordaje de la salud individual y familiar por medio de aprendizaje grupal, dirigiéndose esta docencia a dar a conocer las características de diagnóstico, tratamiento y pronóstico del proceso salud - enfermedad implicado. (1)

3.2- Función investigativa: la medicina familiar debe de construir su método investigando en el ámbito del proceso salud-enfermedad en la unidad de abordaje seleccionada en este caso la familia y apoyada en los conocimientos disponibles.

3.3- Función asistencial o de servicio: se debe de integrar la docencia e investigación al servicio, esto determinara el nivel de profesionalidad al otorgar éste y dependera también del modelo de organización que se adopte para proporcionar la atención.

El servicio proporcionado por el médico familiar debe de ser con alto sentido humano y buena calidad médica.

Esta es la atención médica integral que debe proporcionar el médi

co familiar a la población derechohabiente, haciendo notar que su papel de orientador y educador son fundamentales para lograr en los pacientes y familiares de estos, una conciencia más clara del proceso salud - enfermedad y de las situaciones que se pueden instrumentar para adecuar las medidas encaminadas a mantener al paciente en un estado de salud más permanente, no olvidando que en realidad en materia de educación para la salud por las condiciones ambientales en las que actualmente vive nuestra población (Falta de drenaje, falta de agua potable, hacinamiento, promiscuidad) que son producto de un sistema de producción capitalista, al que poco interesa la total reintegración del paciente al estado de salud en forma integral, interesándole únicamente su reintegración rápida al sistema de producción, lograndose parcialmente la mejoría en su estado de salud, ya que los factores psicosociales permanecen incriptos en el contexto social que nos rige.

II. Material y Métodos:

El presente estudio se efectuó en la Unidad de Medicina Familiar No 75 del Instituto Mexicano del Seguro Social, ubicada en la esquina que forman la avenida López Mateos y Chimalhuacan en ciudad Nezahualcoyotl, Estado de México, en los meses de Noviembre y Diciembre de 1987.

El universo de trabajo fueron los médicos familiares adscritos a consultorio, que laboran en la Unidad de Medicina Familiar No 75, siendo el tamaño de la muestra calculada estadísticamente de 30 médicos familiares.

El estudio realizado corresponde a una encuesta descriptiva retrospectiva (Observacional, retrospectivo, descriptivo y transversal).

Los criterios de inclusión fueron: médicos familiares, especialistas y no especialistas adscritos a consultorio en la Unidad de Medicina Familiar No 75 y que además aceptaran la encuesta.

Los criterios de no inclusión fueron: médicos familiares no adscritos a consultorio (Por ejemplo jefes del departamento clínico etc) así como médicos no familiares (Por ejemplo pediatras, epidemiólogo, etc).

Los criterios de exclusión: médicos familiares que no aceptaron la encuesta, médicos familiares que difirieron la entrega de la en

cuesta al día siguiente de aplicarla.

Se aplicó prueba de campo para validación del cuestionario sobre conocimientos del manejo médico integral del paciente hipertenso, resultando ésta con una confiabilidad de 0.52, error estandar de 1.73 y discriminación de .261, concluyéndose que la encuesta era confiable. (Aplicada a 10 Médicos Familiares)

La muestra se selecciono aplicando número aleatorio a los 60 consultorios de la Unidad de Medicina Familiar No 75, siendo 15 números para el turno matutino y 15 para el vespertino.

Para el presente estudio no se requirio de grupo control, además se recolecto la encuesta (Anexo No 1) el mismo día que se aplico.

La primera encuesta que se aplicó para ponderar el conocimiento de los Médicos Familiares sobre el manejo médico integral (Anexo 1) se tuvo que contrastar con la encuesta aplicada a sus expedientes de hipertensos (Anexo No 2), aplicandose esta última encuesta a cuatro expedientes de cada médico encuestado, además de que esta fue importante para valorar el manejo médico integral que el médico familiar otorga al paciente y que debe quedar inscripto en el expediente.

Consideramos al manejo médico integral de la hipertensión arterial sistémica esencial al abordaje del proceso salud - enfermedad que se da en esta patología, en una forma totalizadora, no puramente

biológico e individual, sino también contemplar el eje de las funciones, ámbitos y esferas, que conjuntamente al sufrir modificaciones desencadenan o perpetúan el proceso salud - enfermedad, el adecuado conocimiento por parte del médico familiar, de las leyes que gobiernan a estos ejes, permite el abordaje científico del proceso salud - enfermedad y llevan a la verdadera práctica social de la medicina familiar.

De los médicos encuestados (Treinta) fueron eliminados dos, los cuales difirieron la entrega de la encuesta, considerándose que por ello se podría sesgar el estudio.

Para evaluar las encuestas en donde se pondera el conocimiento del médico familiar con respecto al manejo médico integral, se le dio a cada respuesta buena un valor de 0.5 que multiplicado por 20 preguntas dan un total de 10 de calificación, por otro lado para la encuesta aplicada a los expedientes se conto con un total de 10 preguntas con valor de un punto para cada una.

Tomando en cuenta lo anteriormente mencionado, aquel médico que obtuviera 10 aciertos (5 de calificación) en la encuesta de conocimientos, se le catalogo como deficiente en conocimientos sobre el manejo médico integral del paciente hipertenso, siendo 11 aciertos o sea 5.5 de calificación la que no indicara, que el médico familiar cuenta con conocimientos mínimos sobre el manejo integral del paciente hipertenso, además de contrastarlo con la encuesta aplicada a los expedientes y que evalúa el manejo dado,

tomandose como un manejo mínimo a la calificación de 5 aciertos.

III. Resultados:

A las 28 encuestas realizadas sobre conocimientos se les efectuó análisis estadístico, para determinar la confiabilidad final que fué de 0.50, el error estandar de 1.32 y la discriminación de 0.251.

Sólo 3 de los 28 médicos familiares encuestados, obtuvieron una calificación, igual o mayor que once aciertos (Tabla 1), el resto de los médicos obtuvieron desde 5 aciertos, hasta 10 con una calificación máxima de 5.0, la media (\bar{X}) fué de 3.89, con moda (Mo) de 3.5 rango (R) de 3.5, desviación estandar (S) de 0.96 y varianza (S^2) de 0.91, lo que nos indica la homogeneidad del desconocimiento del manejo médico integral del paciente hipertenso en los médicos familiares adscritos a consultorio en la Unidad de Medicina Familiar No 75. (Gráfica No 1)

Con respecto a la encuesta aplicada a los expedientes para valorar el manejo del paciente hipertenso, la calificación máxima obtenida fué de 4 aciertos (Tabla 2), con mayor frecuencia en 2 de calificación, con una media de 2.21, moda de 2, rango de 3, desviación estandar de 0.96 y una varianza de 0.92, en la gráfica No 2, se muestra el polígono de frecuencias y estandarización de los resultados de la encuesta para determinar el manejo, observandose que ningún médico pudo obtener evaluación adecuada en este punto.

Se realizó correlación y ecuación de regresión estadística entre

conocimientos y manejo, resultando una "r" de 0.45, indicandonos una correlación positiva debil, directamente proporcional con "a" de 3.04 y "b" de 0.38. (Gráfica No 3)

El análisis estadístico para la prueba de hipótesis se efectuó con chi-cuadrada (χ^2) para una muestra, con confianza del 95%, nivel de significación de 0.05, con un grado de libertad, en donde chi-cuadrada tabulada (χ^2_c), fué igual a 2.70 y chi-cuadrada calculada (χ^2_c) resultó de 17.28 y dado que chi-cuadrado calculada fue mayor que chi-cuadrada tabulada; se rechaza hipótesis nula y se acepta hipótesis alterna encontrando que, el médico familiar no conoce el manejo médico integral del paciente hipertenso y por lo tanto no otorga dicho manejo.

Tabla No 1.

Frecuencia de conocimientos del Médico Familiar sobre manejo médico integral de la hipertensión arterial.

Calificación	Número de Médicos
2.5	3
3.0	4
3.5	8
4.0	4
4.5	3
5.0	3
5.5	2
6.0	1
	28

Fuente: Encuesta (Anexo No 1) aplicada a Médicos Familiares de la Unidad de Medicina Familiar No 75. Diciembre de 1987.

Tabla No 2.

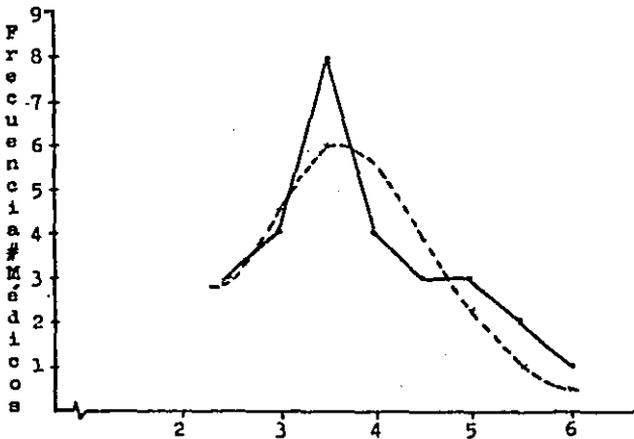
Ponderación del manejo médico en expedientes clínicos.

Calificación	Número de Médicos
1	7
2	11
3	7
4	3
	28

Fuente: Encuesta (Anexo No 2) aplicada a expedientes clínicos Diciembre de 1987.

GRAFICA No 1.

Polígono de frecuencias y estandarización de las calificaciones obtenidas por el médico familiar de la Unidad de Medicina Familiar No 75, con respecto al conocimiento del manejo médico integral de la hipertensión arterial.

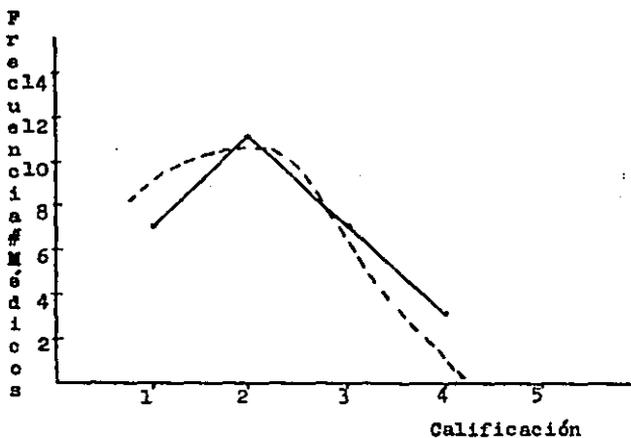


Polígono —
Curva estandarizada ----

Calificación.
Fuente: Encuesta (Anexo
No 1).
Diciembre 1987.

GRAFICA No 2.

Representación gráfica de las calificaciones dadas al médico familiar, con respecto al manejo médico integral del paciente hipertenso mediante la revisión de expedientes clínicos.

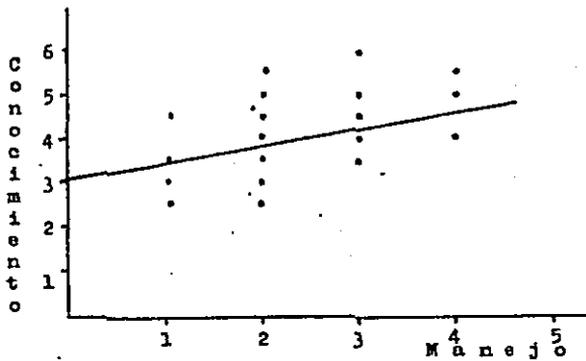


Curva estandarizada----

Fuente: Encuesta (Anexo No2)
Diciembre de 1987. Cd. Neza
hualcoyotl Edo de México.

GRAFICA No 3.

Diagrama de dispersión y recta de regresión del conocimiento y el manejo médico integral del paciente hipertenso.



Fuente: Encuesta realizada al médico familiar sobre conocimiento y encuesta aplicada al expediente para determinar el manejo dado al paciente. Diciembre 1987
Unidad de Medicina Familiar No 75.

IV. Discusión y Comentarios:

En el presente estudio se observó que el médico familiar no otorga manejo médico integral al paciente hipertenso, éste plantea miento se corrobora por los resultados encontrados, de los cuales podemos hacer los comentarios siguientes.

En cuanto a conocimientos el médico familiar, no conoce adecuadamente la posología y reacciones colaterales más frecuentes que causan los fármacos más comunmente usados en el primer nivel de atención para el tratamiento de la hipertensión arterial.

No hay uniformidad en ellos, para clasificar el grado de hipertensión arterial en cuanto a cifras tensionales, (Leve, moderada y severa) siendo esto de vital importancia en la práctica médica para ayudar a determinar, que esquema terapéutico será el apropiado para determinado paciente.

Por otro lado la gran mayoría, desconoce casi por completo los conceptos psicosociales del manejo médico integral del paciente hipertenso, siendo por lo tanto difícil que integre estos conocimientos, aún más que los aplique a su práctica diaria.

No hay diferencia significativa con respecto al manejo otorgado entre el médico familiar especialista y no especialista, pero sí con respecto al dominio general de conocimientos, observando se mejor calificación en el egresado de la especialidad, esto

último nos hace pensar que el médico familiar a nivel operativo aplica menos de lo que concierne.

Con respecto a la encuesta No 2, aplicada a los expedientes clínicos se concluye lo siguiente: no existe en una gran mayoría congruencia entre el diagnóstico de acuerdo a la clasificación de hipertensión arterial (leve, moderada y severa) y el tratamiento establecido.

En algunos casos no se anota la dieta ni medidas generales de acuerdo al grado de hipertensión en cada caso en particular.

Faltan en un buen número de expedientes, los paraclínicos mínimos que deben solicitarse en el primer nivel de atención al paciente hipertenso. (Eh, Qs, Electrolitos séricos, EGO y Urocultivo).

Se hacen en ocasiones cambios de tratamiento farmacológico, en forma indiscriminada sin especificar el motivo real del cambio, como mala respuesta al tratamiento o reacciones secundarias severas etc.

No se sigue en forma uniforme un algoritmo para el tratamiento del paciente hipertenso, observándose en algunos casos que se hizo el diagnóstico, con una sola determinación de tensión arterial iniciándose de primera intención tratamiento farmacológico, siendo que únicamente se pudieron haber indicado medidas generales como dieta, reducción de peso etc.

En los casos rebeldes, no se menciona en el expediente cuales pu-
dieran ser los factores mantenedores, que obran como entorpecedo-
res del tratamiento, (Tabaquismo, obesidad, sedentarismo, Etc)
quizá porque el médico familiar no se ha interesado en ellos.

En ningún momento se hace mención, sobre investigación de la di-
námica familiar, ni se plantea realizar investigación en los ám-
bitos psicosocial, sociodinámico e institucional.

Quizá en algunos casos el Médico Familiar, si trata de aplicar
manejo médico integral, pero no se hacen las anotaciones sobre el
caso en el expediente, dando como resultado una posible observa-
ción parcializada, pero no debemos pasar por alto que el expedien-
te clínico es instrumento esencial para inscribir en él, el tipo
de manejo que otorgamos a nuestros pacientes.

No esta por demás hacer ver que en la génesis de ésta situación
de manejo del paciente hipertenso, no es sólo responsabilidad
del Médico Familiar, sino también de la medicina institucionaliza-
da que ésta obligado a otorgar, ya que en no pocas ocasiones la
gran demanda de consulta, hace que el médico familiar pierda in-
terés por tratar de identificar los factores psicosociales desen-
cadenantes o mantenedores del proceso hipertensivo, ya que pasa
a ser la medicina familiar el instrumento, estratégico del siste-
ma, para la rápida reintegración del individuo a la producción,
siendo tratado en forma parcial, sin importar los verdaderos fac-
tores desencadenantes que quedan en el implícito (Falta de arena

je, agua potable, bajo nivel económico, stress laboral etc).

Finalmente ¿ En que radica la falta de actitud del Médico Familiar para el manejo del paciente hipertenso ?, ¿ Estara dada esta falta de actitud, por la medicina institucionalizada que realiza ?, ¿ Faltan incentivos (Económicos, académicos etc) para que una vez egresado el Médico Familiar, continúe con una motivación adecuada? estas interrogantes bien pueden ser tomadas para la realización de otro estudio.

V. Conclusión:

El manejo integral de la hipertensión arterial, debe de estar fundamentado en los principios básicos que emanan desde la realidad misma y esto no es otra cosa que la necesidad de una medicina nueva, capaz de comprender los procesos del hombre en su micro y macrocosmos, así como el de contar con suficientes elementos que ofrezcan alternativas de solución a la problemática a que se enfrenta.

Es pues la medicina familiar nueva en surgimiento pero ya madura en sus fundamentos y originalidad, la alternativa viable para tratar estos procesos patológicos, desgraciadamente se tiende a olvidar su intencionalidad y es dispersada por la moda de las superespecialidades pero afortunadamente esto no orilla su utilidad.

Se vislumbra el día en que la práctica médica se supedita a la medicina familiar y a su manejo médico integral, sin olvidar a sus grandes consejeros de especialidad troncal, originando un sistema de salud optimizado y eficaz al cual aspira todo gobierno cuidadoso de la salud de su pueblo.

Es precisamente por esto que el reto surge para todos nosotros Médicos Familiares y para todas aquellas personas involucradas en la medicina familiar, un reto que no debe quedar en especulaciones, ni discursos, o en la aceptación momentánea de la medicina familiar, sino en el compromiso real y efectivo, dado desde nues

tra actividad cotidiana, nuestras actitudes, esto es: médicos analíticos, individuos críticos, ávidos de ser cuestionadores que aporten soluciones, pero que requiere de la contraparte, aquellos elementos dirigentes dispuestos a aceptar los señalamientos de quienes palpan la práctica médica.

Efectuar lo contrario: limitarla, obstaculizarla, anquilozarla es precisamente el ir contra las leyes universales del desarrollo del cosmos, es negar con el acto, toda razón de ser del hombre, del médico, de la existencia misma, limitándola así desde nuestra propia actitud y finalmente terminando en el archivo gris de copias y no de originales.

No apatemos nuestro ser científico de la historia a la cual la forjan los hombres y esos hombres también son médicos.

El reto y la responsabilidad están puestos, ¿ Quién los toma ?

VI. Bibliografía:

- 1.- Cerda OA. Marco Teórico Metodológico para el Abordaje Integral de la Salud Familiar. Memorias del XVII Simposium Nacional de Medicina Familiar Agosto 1986: 1-41.
- 2.- Carbajal SA, Arellano CL, Santamariá DA. Hipertensión Arterial. Rev Mex Med Fam 1987; 1: 7-17.
- 3.- Valle GA, Barajas GR, Hernandez JR, "y cols". Hipertensión Arterial. En Manual de Medicina Familiar. México: Editorial Trillas ISSSTE, 1986: 20-25.
- 4.- Chávez RI. Cardiopatía Isquémica por Aterosclerosis Coronaria. Tomo I de II. México: Editorial Salvat Mexicana de Ediciones S.A. de C.V., 1982: 92-94.
- 5.- Jagger IP, Braunwald E. Vasculopatía Hipertensiva. En Harrison's Principles of Internal Medicine. 8a ed. Mc Graw Hill, 1979: 1548-1561.
- 6.- Tapia YM. Abordaje Integral de la Familia Hipertensa. Tesis para obtener el Título de Especialista en Medicina Familiar. IMSS UMF No 20, 1987.
- 7.- Ganong FW. Review of Medical Physiology. 6a ed. México: Editorial el Manual Moderno S.A., 1978: 552-555.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

8.- Rodríguez CR. vademécun académico de medicamentos. Tomos I y II. la ed. México: Editora de Periódicos, S.C.L., LA PRENSA SA, 1984.

Anexo No 1.

Unidad de Medicina Familiar No 75 I.K.S.S.

Encuesta (Formulario) sobre :

Manejo Médico Integral de la Hipertensión Arterial Esencial

Nombre: _____ Turno: _____

A. Paterno

A. Materno

Nombre

Marque con una X la opción que considere como respuesta correcta no marque más de una por cada reactivo.

- 1.- Cuando en un paciente hipertenso sus cifras tensionales (Dias tólica) oscilan entre 105 y 110 mmHG, se dice que cursa con...
 - A)- Hipertensión arterial limitrofe.
 - B)- Hipertensión arterial moderada.
 - C)- Hipertensión arterial clínica sostenida.
 - D)- Hipertensión arterial hipercinética.
- 2.- Al atender a un paciente hipertenso, de primera intención, refiriéndonos a la atención médica integral nos pondremos en contacto con...
 - A)- El eje de los ambitos.
 - B)- El eje de las esferas.
 - C)- El proceso salud-enfermedad.
 - D)- El eje de las funciones.
- 3.- Si los efectos sistémicos que produce la hipertensión arterial esencial no son alterados por el tratamiento médico, el primer órgano que sufre alteraciones vasculares más tempranamente es..
 - A)- Riñon.
 - B)- Corazón.
 - C)- Retina.
 - D)- Capsula suprarrenal.
- 4.- El Ambito institucional (En atención médica integral) se refiere...
 - A)- Al abordaje institucional del proceso Salud-Enfermedad (

Medicina institucionalizada).

- B)- A investigar la posible participación de la familia en el evento patológico del paciente.
- C)- Al abordaje de la familia para indagar su participación facilitadora o entorpecedora del proceso salud-enfermedad.
- D)- A observar a la familia como una dimensión histórica que ha evolucionado y no considerarla en forma aislada libre del contexto social que la rodea.
- 5.- Es reacción secundaria de la clortalidona...
- A)- Sequedad de boca.
- B)- Hipotensión ortostática.
- C)- Hiperuricemia.
- D)- Hipercalcemia.
- 6.- Son características que debe cumplir la función docente del Médico Familiar, en la atención médica integral todas las siguientes ... Excepto...
- A)- Intencionalidad.
- B)- Los procesos educativos deben de aplicarse a los usuarios de servicios.
- C)- Implica la realización de procesos de enseñanza-aprendizaje con planeación, ejecución y evaluación.
- D)- Debe de construir su propio método investigando en el proceso salud-enfermedad.
- 7.- La edad más frecuente de presentación de la hipertensión arterial esencial en nuestro medio es de ...
- A)- 15 a 30 años.
- B)- 25 a 35 años.
- C)- 20 a 50 años.
- D)- 25 a 40 años.
- 8.- El Médico Familiar en el ámbito sociodinámico de la atención médica integral debe...
- A)- Dar manejo médico y estudiar la conducta del individuo respecto a su medio familiar.
- B)- Investigar la posible participación de la familia en el evento patológico del paciente.
- C)- Investigar los determinantes culturales del proceso salud-enfermedad dentro del núcleo familiar.

- D)- Ser educador permanente del núcleo familiar para tratar de eliminar las condicionantes del proceso salud-enfermedad.
- 9.- Sus reacciones secundarias adversas más frecuentes son; alucinaciones, broncoespasmo, agudización de hipoglucemia, hipotensión e insuficiencia cardíaca, se trata de ...
- A)- Alfametildopa.
 - B)- Propranolol.
 - C)- Prazosin.
 - D)- Hidralazina.
- 10.- El eje de las funciones en atención médica integral comprende el...
- A)- Ubicar al proceso salud-enfermedad dentro del contexto social.
 - B)- Diagnosticar e identificar que factores son los que desencadenan y perpetúan el proceso salud-enfermedad.
 - C)- Integrar la docencia, asistencia e investigación al abordaje del proceso salud-enfermedad.
 - D)- Análisis de la familia en su dimensión histórico social y las determinantes socioeconómicas y culturales de la salud-enfermedad.
- 11.- La dosis mínima y máxima inicial en 24 hrs de alfametildopa en el tratamiento de la hipertensión arterial esencial es de:
- A)- 250 a 1500 Mgs.
 - B)- 500 a 3000 Mgs.
 - C)- 250 a 750 Mgs.
 - D)- 500 a 2000 Mgs.
- 12.- El eje de los ámbitos en atención médica integral comprende lo siguiente ... Excepto...
- A)- El ámbito psicodinámico.
 - B)- El ámbito psicosocial.
 - C)- El ámbito sociodinámico.
 - D)- El ámbito institucional.
- 13.- Son factores de riesgo precipitante para la presentación de hipertensión arterial esencial todos los siguientes ... Excepto...
- A) Raza. (Herencia).

- B)- Alcoholismo.
 - C)- Obesidad.
 - D)- Factores Psicogenos.
- 14.- Con respecto a la atención médica integral y en particular hablando del eje de las esferas, la función más especializada del SOMA esta determinada por...
- A)- La respuesta refleja a las agresiones del medio ambiente.
 - B)- La conducción de estímulos externos al Sistema nervioso central.
 - C)- La psicológica que constituye un importante nivel funcional.
 - D)- La evolución de la materia con modificaciones en su medio externo e interno que le han permitido adaptarse a los cambios del medio ambiente natural.
- 15.- La dosis mínima inicial e ideal en 24 Hrs de clortalidona en el tratamiento de la hipertensión arterial esencial es de...
- A)- 50 Mgs.
 - B)- 100 Mgs.
 - C)- 200 Mgs.
 - D)- 150 Mgs.
- 16.- La práctica social de la medicina familiar implica fundamentalmente...
- A)- El abordaje de un problema social concreto por medio del manejo médico integral del proceso salud-enfermedad en individuos, familias y comunidades.
 - B)- El conocimiento de las leyes que rigen al eje de las esferas y así permitir el abordaje científico del proceso salud-enfermedad.
 - C)- El dar un enfoque biológico, psicológico y social al proceso salud-enfermedad.
 - D)- El integrar los ejes de los ambitos y las funciones al proceso salud-enfermedad para abordar la problemática social que perpetua dicho proceso.
- 17.- El procedimiento que nos proporciona datos fidedignos sobre si la hipertensión arterial esencial es antigua, activa o grave es ...

- A)- Realizar e interpretar Electrocardiograma del paciente
- B)- La serie cardiaca.
- C)- Oftalmoscopia.
- D)- Placa de Tórax P/A.

18.- Cuando en atención médica integral nos referimos al eje de los ámbitos y de este al ámbito "psicosocial" hablamos de...

- A)- Enfocar a la familia como un grupo social primario y sus determinantes psicológicas sobre el proceso salud-enfermedad.
- B)- El aboraje de la dimensión individual, comprendiendo el estudio de la conducta del individuo respecto a su enfermedad.
- C)- Dar a la familia dentro del proceso salud-enfermedad una dimensión de evolución histórica y social.
- D)- Investigar la posible participación de la familia en el evento patológico del paciente.

19.- El diagnóstico de la hipertensión arterial esencial en el paciente adulto...

- A)- Se hace al registrar una tensión arterial diastólica de 95 mmHG o más en una ocasión.
- B)- Se establece con síntomas de síndrome vasculoespasmódico y cifra tensional diastólica de 90 mmHg.
- C)- Se establece al cuantificarse en tres ocasiones diferentes la tensión arterial (Diastólica), siendo estas cifras de 95 mmHG o más.
- D)- Se hace al detectar cifras tensionales sostenidas en 160/90 mmHG.

20.- La función asistencial o de servicio en la atención médica integral debera unificarse a la docencia e investigación para...

- A)- Analizar a la familia y tratar de comprender a los factores que determinan la enfermedad.
- B)- Dar manejo médico al paciente y establecer un diagnóstico y tratamiento familiar.
- C)- Determinar el nivel de profesionalidad al otorgar éste.
- D)- No se relaciona con nada de lo antes mencionado.

Anexo No 2.

Menejo médico integral de la hipertensión arterial esencial
Formulario # 2.

Para aplicarse a los expedientes clínicos.

Marque con una X "Sí" o "No" según corresponda a los enunciados sobre el expediente clínico que a continuación se detallan.

- 1.- Se anotan en el expediente clínico las cifras tensionales del paciente, invariablemente en cada cita ... Sí---No.
- 2.- Hay congruencia entre el diagnóstico de acuerdo a la clasificación de la hipertensión arterial (Leve, Moderada, Severa) y el tratamiento establecido... Sí---No.
- 3.- Se anota la dieta y medidas generales de acuerdo al grado del proceso hipertensivo para cada caso en particular... Sí---No.
- 4.- Cuenta el expediente con los paraclínicos mínimos que deben de realizarse en el primer nivel al paciente hipertenso... (Eh, Qa, Electrolitos, EGO, Urocultivo)... Sí---No.
- 5.- En caso de haber requerido el paciente cambio de tratamiento farmacológico por mala respuesta al tratamiento, se indicaron los medicamentos de acuerdo al algoritmo farmacológico o se inicio tratamiento de acuerdo al algoritmo... Sí---No.
- 6.- Se han anotado en el expediente los factores mantenedores de la hipertensión arterial (Tabaquismo, sedentarismo, obesidad) y se hace incapie en el expediente sobre las medidas encaminadas a su control adecuado... Sí---No.
- 7.- Se refiere en el expediente clínico sobre si se imparte educación continua al paciente sobre su padecimiento, involucrando a sus familiares... Sí---No.

8.- Se menciona en el expediente si el médico familiar ha investigado sobre los ámbitos psicosocial, sociodinámico e institucional como productores y mantenedores del proceso patológico...

... Sí---No.

9.- Se cita con regularidad al paciente de acuerdo con la evolución de su padecimiento... Sí---No.

10.- Se refieren algunas otras medidas específicas tomadas por el médico familiar para tratar de controlar adecuadamente a su paciente (Psicoterapia y abordaje de la dinámica familiar)... Sí---No.