

11226 44
20j



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
H. G. Z. No. 8 "SAN ANGEL"

"ENFOQUE TERAPEUTICO FAMILIAR EN LA
HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
MEDICO ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A

DRA. ANDREA GUTIERREZ ARELLANO

Mta. Eugenia

TESIS CON
FOLIO DE ORIGEN



MEXICO, D. F.

1992



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 está 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.

I N D I C E

INTRODUCCION	1
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	2
OBJETIVOS	18
PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
HIPOTESIS	19
PROGRAMA DE TRABAJO	20
RESULTADOS	24
ANALISIS DE RESULTADOS	26
CONCLUSIONES	28
COMENTARIOS	29
BIBLIOGRAFIA	40
ANEXOS	44

INTRODUCCION

Uno de los retos de la Medicina en la actualidad es la prestación de servicios médicos integrales (orientados a la Familia como un todo , como unidad básica de la sociedad) .

La formación del equipo de Salud permite el pleno desarrollo de las facultades de cada uno de sus miembros ya que implica responsabilidades compartidas y una mayor participación dentro de la comunidad .

La sociedad busca actualmente atención médica de alta calidad , más personal y comprensiva , reemplazando la fragmentación e impersonalidad con los modernos médicos de mentalidad tecnológica .

La Medicina Familiar es la disciplina académica en la que el conocimiento y la habilidad de las áreas relevantes de la Medicina y campos asociados se estudian , se investigan y se enseñan en relación con la salud y el buen funcionamiento de la familia .

El presente estudio fue encaminado a la demostración -- que el manejo integral familiar como arma terapéutica tiene mejor resultado en el control de la Hipertensión Arterial Esencial en -- contraste con el manejo biologicista que se da a la mayoría de -- pacientes .

ANTECEDENTES CIENTIFICOS .

Un orador en la reunión de 1938 de la Chicago Society of Internal Medicine señalaba : " Si bien la medición de la presión arterial no conlleva un significado inmediato en casos de enfermedad aguda , para la valoración a largo plazo del estado de salud de una persona es mucho más significativo. Ninguna otra prueba de uso común nos da una información tan rápida y razonablemente exacta del futuro probable . (1)

Hace más de un siglo se sabe que la presión arterial elevada disminuye la supervivencia , junto con sus complicaciones constituye el fenómeno de la Hipertensión Arterial Esencial.

En 1959 , 1962 , 1978 la OMS trató de clasificar y --- establecer líneas para valorar la presión elevada (2)

desde entonces el programa National High Blood Pressure Education (NHBPEP) del National Heart , Lung , and Blood Institute (NHLBI) establecieron dos convenciones para formular enfoques para definir la Hipertensión Arterial . En 1984 el Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC III) aconsejó mediciones repetidas, y por lo menos en dos ocasiones antes de diagnosticarse Hipertensión -- incluyendo recomendaciones para vigilancia del tratamiento .

El cuadro siguiente presenta esquema de clasificación y criterios de descubrimientos recomendados por el estudio JNC III de 1984 . (3)

Se incluyen los siguientes puntos en el criterio enfoque JNC III para definir y clasificar la Hipertensión .

1.- Se utilizan mediciones repetidas para diagnosticar la Hipertensión arterial; se han establecido los efectos beneficiosos del tratamiento cuando la terapéutica después de medir la pre ---

sión arterial en dos ó más ocasiones .

2.- Se usan los mismos criterios para definir la Hipertensión Arterial en todos los adultos . En edad avanzada persiste para ambos sexos la importancia relativa de la HTA como factor de peligro de muerte u enfermedad cardiovascular . (4)

VER CUADRO ANEXO .

La presión arterial depende de diversos mecanismos fisiológicos que afectan los riegos sanguíneos regional y sistémico y las resistencias periféricas total y vascular de cada órgano .

Cada uno de los factores que participan en la conservación de una presión arterial normal participan anormalmente en grado variable en los individuos que sufren Hipertensión Arterial .

Las variables hemodinámicas se expresan en términos de una relación directamente proporcional entre la presión arterial y el producto del riego sanguíneo por la resistencia vascular . Hay que tener presente que el gasto cardíaco depende de dos factores : frecuencia cardíaca y volumen sistólico . Los factores que intervienen en el volumen sistólico dependen de la contractilidad del miocardio ventricular y del retorno venoso al corazón; este a su vez depende del volumen intravascular y de la capacitancia de la circulación (estado del tono de venas) .

Otro factor importante son los circulatorios que rigen el volumen intravascular ; en los hipertensos hay un aumento del tono del músculo liso vascular en los vasos de capacitancia por capilares , al igual que un incremento en el tono del músculo liso arteriolar .

En enfermedad hipertensiva el gasto cardíaco casi siempre es normal . En consecuencia la presión arterial elevada guar-

da relación directa con un aumento de la resistencia periférica total .Por lo tanto la señal hemodinámica fundamental de la enfermedad hipertensiva es un aumento de la resistencia vascular.

No todos los pacientes con Hipertensión arterial presentan las mismas alteraciones fisiopatológicas ; en algunos hipertensos el gasto cardíaco puede encontrarse elevado relacionándose con una participación incrementada del Sistema Nervioso Adrenérgico de estos pacientes y el efecto directo del sistema -- vasopresor sobre miocardio y el músculo liso vascular .(6)

Por otra parte el gasto puede estar disminuido en otros pacientes como son los hipertensos graves ya que el corazón no puede adaptarse más al aumento de la resistencia periférica -- total progresivamente creciente, el gasto disminuye al desarrollarse la hipertrofia ventricular izquierda y finalmente la Insuficiencia cardíaca congestiva (7) .

La mayor parte de enfermos con Hipertensión arterial moderada mostraban contracción del volumen intravascular , en -- relación directa con la altura de la presión arterial y del volumen intravascular ; esto explica la característica de un aspecto "pseudo-policitemia" . Este concepto sugirió subdividir a los pacientes con Hipertensión arterial esencial en los que -- tienen valores altos , normales o bajos de actividad plasmática de renina . (8)

Segun esto los pacientes con actividades plasmáticas altas de renina tienen una forma "vasoconstrictiva " de Hipertensión , mientras que aquellos con baja actividad plasmática -- tienen una forma más dependiente de volumen , que a su vez guarda relación con el gasto cardíaco .

Lo cierto es que hay un grado notable de heterogeneidad entre los pacientes con Hipertensión esencial en cuanto

a sus mecanismos presores ; y esto se refleja en las expresiones hemodinámicas de la enfermedad. Estas diferencias sugieren una serie de opciones para establecer el tratamiento antihipertensor.

A medida que agrava la Hipertensión arterial y se eleva la presión arterial ,ganan importancia las alteraciones hemodinámicas . Con aumentos más establecidos de presión arterial, en pacientes con Hipertensión arterial esencial ligera, moderada o intensa hay un incremento progresivo de la resistencia vascular y de las resistencias vasculares orgánicas . El corazón debe adaptarse a esta postcarga siempre creciente , impuesta al ventrículo izquierdo y esto conlleva a cambios estructurales de hipertrofia de ventrículo izquierdo.(9)

Las arteriolas también se adaptan estructuralmente engrosando la media del vaso . A cambio de estos cambios adaptativos , el corazón y los órganos siguen rindiendo el trabajo y la función hasta que la labor del corazón o la función del órgano ya no puede compensarse por estos cambios adaptativos sobreviniendo la Insuficiencia cardíaca ; la función renal se perturba y secundariamente otras funciones orgánicas .

Así pues el ventrículo izquierdo se adapta estructuralmente al aumento de la carga que le impone la enfermedad vascular hipertensiva que progresa por un proceso de hipertrofia excéntrica . El avance se demuestra por los criterios electrocardiográficos usuales y los cambios radiográficos que muestran agrandamiento de ventrículo izquierdo .

Al final , si el proceso no se interrumpe mediante tratamiento adecuado , se producirá Insuficiencia cardíaca congestiva . (10) (11)

Los cambios vasculares producidos por la Hipertensión arterial contribuyen a la aparición de cambios patológicos en ór

ganos vitales como cerebro , corazón y rinones .La Hipertensión arterial se ha comprobado como factor de riesgo en las enfermedades cardiovasculares . (12)

El estudio de Framingham ha comprobado que las personas con Hipertensión arterial tienen una frecuencia doble de enfermedad vascular periférica , muerte repentina ó súbita ,cardiopatía coronaria e Infarto miocárdico más o menos 4 veces mayor de Hemi plejía que las personas con Tensión arterial normal .

Incluso aumentos ligeros de presión presentan mayor -- incidencia de Arteriopatía coronaria , Infarto cerebral aterotrombótico , Insuficiencia cardíaca congestiva , claudicación intermitente y mortalidad cardiovascular .

Al revisar las complicaciones clínicas de la Hipertensión arterial se comprueba la acción patológica directa en vasos y la estimulación al proceso aterógeno (13) . Ejemplos que derivan de lesión vascular por aumento de presión son Infarto lacunar cerebral , Hemorragias intracraneales , desecación aórtica , Insuficiencia renal secundaria a Nefroesclerosis .

Como complicaciones ateroscleróticas son Trombosis cerebral ,Coranopatías e Infarto miocárdico .

Por si solo el aumento de presión arterial no basta como causa de Aterosclerosis , se necesita adicionar un valor crítico de lipoproteínas circulantes para el desarrollo de esta.(11)

Desde que Bright asoció por primera vez la enfermedad renal y la Hipertensión Arterial en 1836, la Nefroesclerosis son los cambios histológicos que se producen en rinon a consecuencia de la Hipertensión A. Hay cambios glomerulares y tubulares de origen isquémico .

Al afectarse la función renal , se desarrolla hipertension

si3n intraglomerular causante de mayor p3rdida de nefronas en la Hipertensi3n arterial .

Al establecerse la Hipertensi3n arterial esencial el - gasto card3aco general es normal y las resistencias vascular , renal y perif3rica aumentan . El flujo sangu3neo disminuye , la intensidad de filtraci3n glomerular se sostiene y se eleva la fracci3n de filtraci3n .

Los varones y negros son m3s sensibles a la lesi3n vascular renal de la Hipertensi3n arterial esencial.

Por otra parte la obstrucci3n ateroscler3tica de las arterias renales puede causar Insuficiencia renal . En la Hipertensi3n maligna los cambios vasculares presentes son la endarteritis proliferativa y necrosis fibrinoide , afortunadamente la -- frecuencia tiende a disminuir , gracias a la detecci3n temprana y tratamiento eficaz de la hipertensi3n . Por lo tanto es un fin importante dentro de la terap3utica antihipertensiva prevenir la lesi3n renal .(14)

Hasta el momento no hay datos que indiquen que un exceso o disminuci3n considerable de Sodio , Potasio , Calcio 3 Magnesio en la dieta sea causa de Hipertensi3n arterial esencial , o que cambios en el ingreso de cualquiera de estos cationes disminuyera uniformemente la presi3n arterial a valores normales. Esto - no significa que el ingreso de cationes diario o alteraciones -- del metabolismo no sea de importancia en algunas subpoblaciones-- de hipertensos . Lo cual ratifica la heterogenicidad de la Hipertensi3n arterial esencial.

Estudios cl3nicos , experimentales y epidemiol3gicos sobre Sodio y presi3n arterial han permitido dos conclusiones s3lidas :

1.- La concentración sódica intracelular en glóbulos rojos y blancos , células del músculo liso es más elevada en Hipertensión experimental .

2.- Existe un subgrupo , de pacientes hipertensos en quienes la presión arterial es sensible a la sal . (15)

La Hipertensión y Obesidad han pasado a ser los principales peligros para la salud en el Hemisferio occidental y la prevalencia de ambos trastornos aumenta progresivamente . Esta comprobado que son factores de riesgo para morbilidad cardiovascular incluso en la infancia . Estudio Framingham estableció el peligro de Hipertensión futura en individuos normotensos al iniciarse el estudio , aumentaba proporcionalmente a la ganancia de peso ; un peso mayor del 20% del iséal conllevaba a un aumento de Hipertensión hasta 8 veces mayor .

Obesidad e Hipertensión arterial actúan sinérgicamente sobre corazón ; la primera sobrecarga al aumentar la precarga y la segunda la postcarga por lo tanto la función ventricular izquierda se ve perturbada en estos pacientes .

Ambos trastornos aumentan el trabajo sistólico del ventrículo izquierdo , estos hechos dinámicos , en el estudio Framingham demostraron representar un factor de peligro de Insuficiencia cardíaca congestiva . El paciente afronta un peligro elevado de Insuficiencia cardíaca congestiva si no se trata adecuadamente .

La hipertrofia ventricular izquierda y la obesidad son factores de peligro de muerte repentina , ambos al aumentar la prevalencia y gravedad de ectopia ventricular miocárdica .

Los estudios del Pooling Project Research Group y el estudio Framingham concluyeron que el grado de obesidad guarda relación directa con el peligro de Cardiopatía coronaria .(16)

El tratamiento actual de la Hipertensión arterial esencial se divide en dos grandes grupos :el farmacológico y el no -- farmacológico .

Conforme pasa el tiempo aumenta la resistencia vascular y disminuye el gasto cardíaco , lo mismo que el riego sanguíneo-- de zonas vasculares importantes como rinones , miocárdio y cere-- bro. El ventrículo izquierdo se hace más rígido y ocurre hipertro-- fia de su pared y masa ventricular . Estos cambios de hemodinamia central y periférica son los puntos centrales que se desean evitar o invertir mediante el manejo integral terapéutico .

Esta comprobado que si el tratamiento antihipertensivo-- se inicia bastant^o hrocoo en el cprdo de la enfermedad hipertensi-- va es posible evitar las complicaciones que eran frecuentes antes de la actual farmacoterapia y manejo :Desarrollo hipertrofia ven-- tricular izquierda , insuficiencia cardíaca congestiva, Hiperten-- sión maligna , Encefalopatía Hipertensiva , Aneurisma aórtico di-- secante , Apoplejía , presencia de Infarto del miocardio.

Dentro del grupo farmacológico existen grupos como blo-- queadores beta cuyos efectos agudos se caracterizan por disminu - ción de la contractilidad delos ventrículos izquierdo y derecho, - disminución de la frecuencia cardíaca y del volumen sistólico y-- reducción del gasto cardíaco , por lo tanto causan inicialmente - una disminución neta de la función de la bomba del corazón y el - efecto sobre presión es modesto .

Con el tratamiento continuado , la vasoconstricción -- inicial desaparece y la resistencia vascular total disminuye has-- ta valores pretratamiento , como el gasto cardíaco esta bajo; la - presión arterial disminuye .La presión arterial esta disminuida -

así como en el ejercicio al igual que la frecuencia cardíaca por lo que disminuyen la carga de trabajo para corazón .

Esto es una gran ventaja en pacientes hipertensos y con coronariopatías .

Además se ha comprobado que algunos bloqueadores beta -- como Propanolol , Timolol y Metroprolol disminuyen el peligro de - Infarto de miocardio recurrente y muerte súbita en pacientes que - han sobrevivido a Infartos. (17) (18)

Otro grupo son los Antagonistas del Calcio ; estos reprimen el transporte de Calcio en las células del músculo cardíaco y del músculo liso de vasos . En las arteriolas el efecto es vasodilatador .

El verapamil y Diltiazem poseen un efecto depresor moderado sobre el Nodo Sinusal y Auriculoventricular y pueden reducir la frecuencia cardíaca y aumentar el tiempo de conducción AV .

La nifedipina carece de este efecto.

El índice cardíaco se conserva tanto en reposo como en - el ejercicio.

La nifedipina su efecto es rápido y provoca disminución inmediata de la presión arterial .En casos experimentales se ha - demostrado la disminución del proceso de Arterioesclerosis que se ría un argumento importante en favor de un uso más amplio. (22)

Otro grupo utilizado para control de Hipertensión arterial esencial lo es los Inhibidores de la enzima convertora de Angiotensina .

Los vasodilatadores de acción indirecta brindan una alternativa capaz de disminuir la resistencia y bajar la presión arterial , los inhibidores de la enzima convertora de Angiotensina

teóricamente disminuyen la presión arterial al reducir la resistencia periférica, disminuir la expansión de volumen líquido extracelular mediado por Aldosterona , y limitar la activación estimulada por Angiotensina II de Sistema Nervioso Simpático .

El mecanismo es la reducción de la vasoconstricción mediada por Angiotensina II. Constituye una respuesta inmediata a la reducción de conversión del péptido relativamente inactivo Angiotensina I , en el vasoactivo Angiotensina II, inhibiendo la ACE que tiene a su cargo esta activación .

La reducción de formación de Angiotensina II disminuye la producción de Aldosterona por la zona glomerular .La disminución de producción de Aldosterona reduce el componente de resorción de Sodio y agua dependiente de Aldosterona , y la consiguiente expansión de volumen de líquido extracelular; con todo ello baja la presión arterial .

La reducción de formación de Angiotensina II también -- disminuye la estimulación adicional del Sistema Nervioso Simpático y la liberación de catecolaminas . que depende de un aumento de actividad de renina y Angiotensina II. La capacidad de respuesta refleja y los valores basales de Sistema Nervioso Simpático no son influidos por la inhibición de ACE por lo que no se produce hipotensión ortostática.

Los inhibidores de la ACE impiden la acción de la Cíninasa II para metabolizar la Bradicinina ; esto aumenta la acción vasodilatadora y natriurética de la Bradicinina y disminuye más la presión arterial . El Captopril por vía bucal resulta muy eficaz en estados donde la renina esta elevada (Hipertensión maligna y renovascular). (23)

En estudios multicéntricos con Captopril se comprueba

su eficacia en dosis 50 a 75 mg al día en Hipertensión ligera y moderada . Sin embargo si la droga no controla adecuadamente la presión arterial puede adicionarse un agente de tipo diurético .

El Enalapril carece de la porción sulfhidrilo, en hígado se convierte en la forma activa, Enaprilato . Transtornos como el exantema y transtornos del gusto son menos frecuentes con Enalapril que el Captopril .(24)

Los inhibidores de la ACE, al impedir la formación de Angiotensina II , interrumpen esta compensación refleja de la administración de diuréticos y amortiguan la hipopotasemia, disminuyen netamente la hiperglucemia . La terapia combinada de ACE y --diurético al disminuir la estimulación de catecolaminas atribuible a la Angiotensina II y limitar la Hiperglicemia generada por los diuréticos amortigua o impide la Hipercolesterolemia .

Además de los efectos hemodinámicos y metabólicos , un estudio reciente examinó la calidad de vida en pacientes hipertensos a quienes al azar se administró Alfa metil dopa, Propanolol ó Captopril . Por su parte Alfa metil dopa y Propanolol generaban sensaciones intensas de depresión , fatiga , disfunción sexual y transtorno de capacidad de trabajo , Captopril mejoró neta y persistentemente estos parámetros de conducta .

Se ha comprobado con valores de certidumbre la disminución de la presión arterial , además del tratamiento farmacológico esta revisión se basa en la realizada por Kaplan en 1985 y por el subcomité del Joint National Committee .

El aumento de peso tiende a elevar la presión arterial y la Hipertensión arterial (sistólica y diastólica) aumenta de prevalencia a medida que aumenta el peso, para ambos sexos y en--

todas las edades .

El exceso de peso a cualquier edad coincidió con Hipertensión arterial cada vez más intensa. Messerli ha resumido las pruebas de que aumenta la precarga y produce hipertrofia ventricular izquierda excéntrica que juntas pueden originar Insuficiencia cardíaca congestiva . La obesidad tiende a empeorar la tolerancia a la glucosa y aumentar la prevalencia de Diabetes Mellitus.

El efecto de la reducción de peso senala una disminución de la glicemia con disminución de la presión arterial y una mejoría en el perfil de lípidos , mejorando con disminución de la hipertrofia de ventrículo izquierdo .La pérdida de peso disminuye la precarga, postcarga , el impulso simpático al corazón y la carga salina dietética .

Es aconsejable dentro de la dieta establecida disminuir el ingreso de grasa saturada . Se ha observado un efecto antihipertensivo similar con el ingreso de aceite de pescados ricos en ácidos grasos 3 Omega . (19)

Así como el aumento en cuanto a mayor cantidad de fibra permitiendo la baja de colesterol .

El consumo de más de 3 copas de bebida al día se ha relacionado con más hipertensión Arterial y la disminución del consumo ha un valor inferior ha sido comprobado que disminuye la presión arterial en sujetos hipertensos tratados .En relación con el efecto presor de grandes cantidades de Etanol se ha comprobado que el riesgo de Apoplejía en varones que consumían Más de 30ml al día era 4.2 veces mayor que en varones no bebedores.(20)

Se ha comprobado que el aumento de ejercicio se relaciona con una disminución en el número de enfermedades cardiovasculares , como en estudio Framingham . Un factor del efecto beneficioso es la disminución de la presión arterial .

En estudios recientes se ha demostrado una disminución importante de la presión arterial en hipertensos después de períodos repetidos de ejercicio isotónico moderadamente intenso.(21)

Al bajar la presión , disminuyen los valores plasmáticos de catecolaminas , sugiriéndose el efecto del ejercicio guarda relación con la modulación de actividad del Sistema Nervioso Simpático .

En los estudios del grupo de pastel se observó que un 50% de pacientes al ser instruidos con ejercicios respiratorios, relajación de músculos profundos ,meditación u control del stress presentaron presiones arteriales más bajas 8 semanas después , 8 meses y 4 años más tarde del estudio , con menor presencia de trastornos cardiovasculares que los individuos del grupo control. Ambos grupos presentaban similar concentración plasmática de colesterol y consumo de cigarrillos .

Lo mencionado hasta el momento corresponde al enfoque verticalista e individualista de la Hipertensión Arterial Esencial. Esta visión parcial del individuo hizo la necesidad de un concepto de Medicina con base en un enfoque integral del proceso salud- enfermedad; abarcando al individuo dentro de su contexto biológico más el psicosocial integrado además a su grupo primario: la familia. De la cual se ha reconocido que desde el punto de vista salud puede ser causa o sufrir las consecuencias de la enfermedad y que puede facilitarse o entorpecer el manejo de la misma .

Aquí es donde surge la medicina Familiar el 15 de Marzo de 1971 en la clínica 25 de Instituto Mexicano del Seguro Social - en el Valle de México .

Se toma a la familia como unidad de análisis del proceso salud- enfermedad , la cual es capaz de realizar con eficiencia el cuidado, crecimiento y desarrollo de los individuos integrantes de la misma ,constituyendo la unidad primaria de Salud .

Pichon Riviere refiere que "el carácter estructural -- del grupo familiar nos permite abordarlo como unidad de análisis- en el sentido que podemos acceder a el encarandolo como unidad - diagnóstica , pronóstica, terapéutica y de profilaxis ."

Abordar integralmente el proceso salud- enfermedad del grupo familiar es el objetivo de la Medicina Familiar , de tal - manera que se utiliza el modelo de Abordaje Integral de la Salud familiar creado por el Dr. Arturo Cerda Ochoa , quien conceptualizó como una interacción dialéctica de 3 ejes entre sí y de 3 - momentos interactuantes .

Los ejes estan constituidos por:

1.- Eje de las esferas :Biológica, Psicológica y Social .

Las tres se encuentran en constante imbricación ;cada - nivel superior influye sobre los inferiores ;lo social determina lo psicológico y este sobre lo biológico ó somático e inverso.Es- tas premisas nos permiten establecer que la función más especiali- zada es la psicológica y que junto con lo biológico son expresión de la evolución de la materia y estan intimamente relacionadas -- con las condiciones del medio(social) .

2.- Eje de los ámbitos : Psicosocial(individuo);Sociodinámico(gru- po);INstitucional(situación o contexto) .

La Salud- enfermedad no se da en abstracto sino que se manifiesta en eventos concretos. Es decir el Médico Familiar somete a un proceso de operacionalización (abstracto de concreto), al objeto de estudio (proceso salud-enfermedad), (familias); encuentran- dose en posibilidades de realizar un trabajo instrumental verificable e intencionado .

Kretch y Crutchfield propusieron el abordaje de la familia en tres niveles de análisis , estos niveles son conocidos por la escuela Argentina como ámbitos de análisis de la conducta , y que por el Dr. Cerda se denomina como el eje de los ámbitos :

a) Ambito psicosocial : (individuo) : es el " caso índice " ó " caso pista " ; comprende el diagnóstico , pronóstico y manejo de las esferas (biológica , psicológica , social) .

Desde lo biológico se investiga antecedentes , principios , evolución y edo. actual del evento o factores de riesgo -- concernientes al proceso del que se trate .

Desde lo psicosocial se estudia conducta del individuo en función de su patología ó proceso fisiológico .

b) Ambito sociodinámico; (grupo) :

Desde el punto de vista biológico se investiga la participación de la familia en la génesis del evento y desde el punto psicosocial la capacidad de la familia para cumplir sus funciones sociales ; formación de individuos sanos física y psíquicamente .

c) Ambito Institucional ;(dimensión situacional o contextual):

Implica el análisis de la familia en su dimensión histórico-social y las variables mínimas socioeconómicas y culturales de la salud y enfermedad .

3.-Eje de las funciones : Asistencial ó de servicio ;Docente ó -- educativa ; investigativa .

La función docente se realiza con el aprendizaje grupal cuyo fin es aprender a aprender ; aprender a pensar ; aprender la tarea .

La función investigativa debe construir su método , in vestigando el ámbito seleccionado (proceso salud- enfermedad) ; - en la unidad de abordaje (familia) apoyada en el cuerpo de cono- cimientos disponible , toda vez que como producto empieza a cons- truir su cuerpo de conocimientos propios .

La función asistencial se realiza pues participa en -- procesos educativos en ocaciones como alumno y otra como docente.

Los momentos estan constituidos por :

- 1.- El momento del Diagnóstico .
- 2.- El momento del Pronóstico .
- 3.- El momento de Manejo .

Las interacciones resultantes de la acción entre ejes- y momentos da como resultado :

DIAGNOSTICO INTEGRAL .

PRONOSTICO INTEGRAL .(Evolución del proceso salud-enfermedad).

MANEJO INTEGRAL : (Abordaje de salud- enfermedad con intenciones terapéuticas y profilácticas) .

OBJETIVOS .

1. Demostrar que los procesos educativos en la familia y en el paciente hipertenso con lleva a un mejor control de la Hipertensión Arterial Esencial .
2. Incrementar la participación y el sentimiento de pertenencia en las familias de pacientes hipertensos .

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .

A pesar de el avance en cuanto a fisiopatología y al tratamiento de la Hipertensión Arterial Esencial continua siendo un problema de Salud Pública a nivel mundial ;esto debido a que es una enfermedad multifactorial y hasta el momento su forma de enfoque terapéutico ha sido puramente biologicista .

Debe subrayarse la importancia del enfoque terapéutico integral familiar para el control de la Hipertensión Arterial Esencial como arma imprescindible en contraste con el enfoque biológico , individual que se ejerce en la mayoría de los pacientes .

HIPOTESIS .

HIPOTESIS GENERAL : El enfoque terapéutico integral familiar es mejor que el manejo puramente biológico e individual en el control del paciente con Hipertensión Arterial Esencial .

HIPOTESIS NULA : El enfoque terapéutico integral familiar es igual que el manejo puramente biologista en el control de el paciente con Hipertensión Arterial Esencial .

HIPOTESIS ALTERNA : El enfoque terapéutico integral familiar es mejor que el manejo puramente biologista en el control de el paciente con Hipertensión Arterial Esencial.

PROGRAMA DE TRABAJO

Se recabo de los consultorios de Medicina Familiar a los Hipertensos que desearan colaborar en el presente estudio.

Debido a la participación integral con el grupo Interdisciplinario (Dietología, Laboratorio, Radiología, etc.) se aceptó a los pacientes de acuerdo a su responsabilidad para pertenecer al grupo control o al grupo experimental.

No hubo pacientes que aceptaran participar en el grupo control.

Al grupo experimental, se le aplicó cuestionarios caso - pista. Se tomó presión arterial y peso inicial, determinación de Colesterol y Triglicéridos: Química sanguínea completa, exámen -- general de orina, biometría hemática completa, electrocardiograma y teleradiografía de torax, tratando de obtener una visión más amplia con estos parámetros.

Fueron sometidos al esquema de abordaje Integral Familiar que consistió en dos fases: La primera, intensiva; la segunda, intermitente.

La primera fase llamada intensiva consistió en cuatro -- sesiones; de aproximadamente 90' mins. cada una durante cuatro días.

consecutivos.

Se realizó lectura comentada con participación de todos los asistentes; estas lecturas se fundamentaron en documentos realizados exprofeso para tal fin.

Mitos, dudas, temores y comentarios fueron tratados - por asistentes y coordinador para aclararse en estas sesiones y - lograr aprendizajes significativos.

Los temas a tratar fueron:

- 1.- Definición, epidemiología y clasificación de la Hipertensión esencial.
- 2.- Cuadro clínico.
- 3.- Complicaciones en la Hipertensión arterial esencial.
- 4.- Manejo Médico; factores de riesgo, dieta y ejercicio.

En la primera sesión se dieron cuestionarios correspondientes (conocimientos generales) apgar familiar, tipología y estrato sociocultural de la familia).

La fase intermitente correspondió a una sesión cada tres semanas para intercambiar experiencias, reforzar conocimientos y - aclarar dudas; toma de presión arterial y peso, determinaciones -- consecutivas de colesterol y triglicéridos. Toma de electrocardiograma, radiografía de tórax y exámenes básicos.

Se utilizaron los siguientes criterios:

CRITERIOS DE INCLUSION:

- Familias hipertensas adscritas a la UMF # 8 San Angel
- Familias hipertensas cuyo miembro sea mayor de 25 años.
- Familias hipertensas cuyo miembro afectado cursa con hipertensiones esenciales.
- Familias hipertensas cuyo miembro afectado este bajo control de - Médico Familiar por lo menos tres meses.
- Familias funcionales o moderadamente disfuncionales.
- Familias hipertensas cuyo miembro afectado presenta un año o más de evolución de su padecimiento como mínimo y como máximo 20 años de evolución.
- Familias hipertensas cuyo miembro afectado presente factores de - riesgo como son: obesidad, tabaquismo, hiperlipidemia.

CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Familias hipertensas no adscritas a la UMF # 8 San Angel
- Familias hipertensas que no deseen participar en el estudio.
- Familias disfuncionales.

- Familias hipertensas cuyo miembro afectado presente etiología - diferente a la esencial.
- Familias hipertensas en las que el miembro afectado presente-- otra patología de tipo crónico degenerativo.

CRITERIOS DE ELIMINACION:

- Familias hipertensas en que el miembro afectado fallezca duran- te el estudio.
- Familias hipertensas que abandonen el estudio.
- Familias hipertensas adscritas a la UMF # 8 que cambien de ad- cripción.

RESULTADOS

La duración del estudio fué de siete meses y los resultados-- fueron los siguiente para el grupo experimental.

La muestra total de pacientes fué de ocho, de los cuales cinco pertenecen al sexo femenino, que corresponde al 62.5% y tres al sexo masculino correspondiente al 37.5% del total. Gráfica 1.

El grupo de edad osciló entre un rango máximo de 61 anos y un mínimo de 40 anos, con una media de 50.8 anos. Gráfica 2.

En cuanto a tiempo de evolución del padecimiento, encontramos - un rango que va desde un ano como mínimo y quince anos como máximo con una media de 6.6 anos de evolución. Gráfica 3.

Según la composición familiar éste grupo presentó cinco familias de composición nuclear que representa el 62.5% del total; dos familias compuestas significando un 25% y una familia extensa que represento el 12.5%.

En cuanto a la ocupación en la familia, un 62.5% corresponde al tipo obrero, un 25% corresponde al nivel profesionista, y tan solo un 12.5% corresponde al nivel rural.

Por otra parte, en cuanto a su ubicación las familias correspon den a una ubicación urbana en un 87.5% del total y solamente un

207 mg./dl como máximo con una media de 133.8 mg/dl.

Los niveles séricos de triglicéridos final con un rango de 80 - mg/dl como mínimo y de 207 mg/dl como máximo con una media de - 121 mg/dl. Gráfica 8.

En este grupo se tomó estudios paraclínicos y de apoyo como --- fueron la teleradiografía de torax en donde el 100% del grupo - presentó normalidad para su edad y sexo, además del tiempo de evolución.

Otro punto de apoyo lo fué el electrocardiograma donde fué manifestado un 87.7% dentro de trazos normales para edad, sexo, -- evolución y tan solo un 12.5% mostró cambios electrocardiográficos con sobre carga diastólica de ventrículo izquierdo sin re--percusión hemodinámica presente.

Después de realizar el abordaje integral y aplicar los cuestionarios expofeso realizados para tal fin, se encontró un 100% de funcionalidad en el total de familias hipertensas estudiadas, por lo que no fué necesario un proceso corrector.

Gráfica 9.

Por último se realizaron cuestionarios pre y pos investigación para valorar conocimiento y el aprendizaje significativo resaltando que el 100% de los pacientes del grupo experimental mostró un aprendizaje significativo en cuanto a su patología y manejo - integral. Gráfica 10

ANALISIS DE RESULTADOS

Obtenidos los resultados del grupo experimental se observa que:

La Hipertensión arterial esencial es más frecuente en el sexo femenino que en sexo masculino, lo que corrobora la estadísticas sobre mayor prevalencia en este sexo que marca la literatura mundial.

El grupo de edad se evidenció la aparición mas frecuente entre la cuarta y sexta década de la vida; fase de productividad muy importante en el ciclo del desarrollo individual y familiar.

El tiempo de evolución se mostró como un factor para concientizar a los pacientes de futuras complicaciones de no realizarse un control adecuado e integral de su patología.

Según la composición familiar el predominio fué de tipo nuclear; en cuanto a su ubicación lo fué la de tipo urbano y en cuanto a ocupación el nivel obrero.

En cuanto a valores de tensión arterial, es evidente el control y disminución en cifras diastólicas; la tensión arterial inicial con una media de 150/95 mmHg a una tensión arterial final, con una media de 136/88 mmHg.

El peso inicial corporal mostró una media de 77.3 Kg. con respecto al peso final con una media de 74.73 Kg. favoreciendo un mejor control de la patología.

El colesterol y triglicéridos mostró la importancia como factor de riesgo en esta patología, y aunque sin valor significativo importante, es evidente la repercusión en las cifras tensiona--les la disminución de dichos parámetros.

Estudios como biometría hemática, química sanguínea, exámen - general de orina, triglicéridos, teleradiografía de torax y elec-trocardiograma muestran la funcionalidad en cuanto a organos de - choque y a la evolución de la patología así como factores de riesgo que deben limitarse.

El diagnostico de funcionalidad familiar permite una mejor integración del paciente y de su familia, con el conocimiento de la patología y del manejo que se realice de ella.

El aprendizaje significativo evidenció la ventaja de un enfo-que terapéutico integral familiar tanto para diagnóstico como -- para su manejo y pronóstico a corto y largo plazo.

CONCLUSIONES

- 1.- El presente estudio evidencia la influencia de la familia y el propio paciente sobre el control en la Hipertensión Arterial esencial.
- 2.- Al incrementar la participación y el sentimiento de pertenencia en las familias hipertensas, se ofrece una ayuda al paciente que padece la patología; favoreciendo el control adecuado.
- 3.- El Médico Familiar al diagnosticar hipertensión arterial esencial en un miembro, en una familia, no solo debe manejar tratamiento biológico, e individualista, sino las áreas social y psicológica como un todo para un control adecuado.
- 4.- La función del Médico Familiar no solo debe ser asistencia, sino docente y como promotor de salud.
- 5.- El manejo y control de la familia hipertensa, se desarrolla junto con el médico Familiar, con un grupo interdisciplinario en forma constante y de acuerdo a las necesidades.

COMENTARIOS

Aunque es un programa prioritario, dentro de la Institución no existe control adecuado, ni registro de familias con pacientes -- con hipertensión arterial esencial; de ahí la importancia y trascendencia del estudio presente para un mejor manejo de esta patología y evitar las complicaciones a corto y largo plazo.

La actitud de los médicos en el área de Medicina Familiar no es adecuada en cuanto al apoyo para captación y desarrollo de protocolos de investigación.

Formar un grupo interfamiliar para actividades intrahospitalarias (control por dietología, control mensual por Médico Familiar - en cuenta a patrones bioquímicos y de apoyo), así como extrahospitalarias: como son el ejercicio isotónico moderadamente intenso, --- grupal y actividades de aprendizaje interfamiliar e intergrupales

Educación del derechohabiente en cuanto a detección oportuna de enfermedades crónicas degenerativas. El conocimiento integral de las patologías, medidas preventivas, terapéuticas y de rehabilitación.

No Hay Paginacion

De la 30 a la

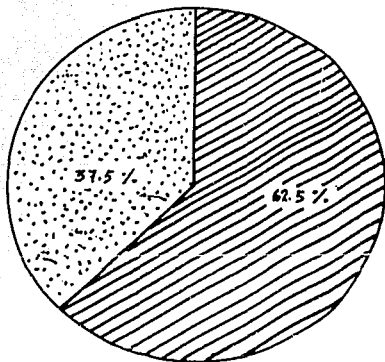
39.

GRAFICA NO 1

ENFOQUE TERAPEUTICO FAMILIAR EN LA HIPERTENSION ARTERIAL

SEXO ,GRUPO EXPERIMENTAL

UMF NO 8 san ANGEL



SEXO MASCULINO 

SEXO FEMENINO 

FUENTE: 8 PACIENTES HIPERTENSOS

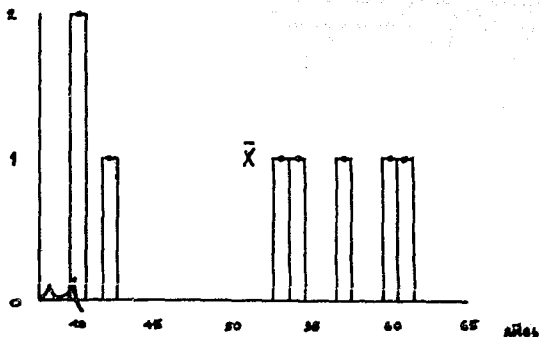
GRAFICA NO 2

ENFOQUE TERAPEUTICO FAMILIAR EN LA HIPERTENSION ARTERIAL

GRUPOS DE EDAD

UMF NO 8 SAN ANGEL

NO. PACIENTES



FUENTE : 8 PACIENTES HIPERTENSOS

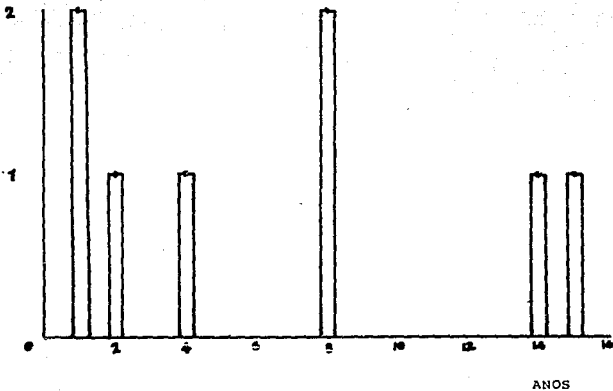
GRAFICA NO 3

ENFOQUE TERAPEUTICO FAMILIAR EN LA HIPERTENSION ARTERIAL

EVOLUCION EN ANOS DE HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL

NO PACIENTES

UMF NO 8 SAN ANGEL



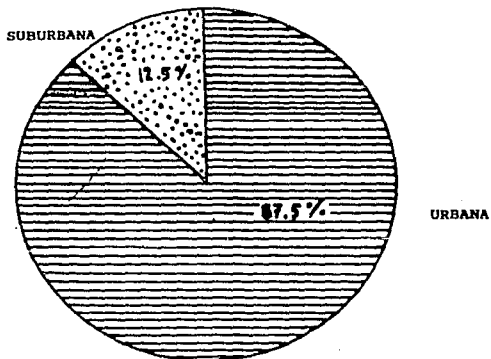
FUENTE: 8 PACIENTES HIPERTENSOS

GRAFICA NO 4

ENFOQUE TERAPEUTICO FAMILIAR EN HIPERTENSION ARTERIAL

UBICACION

UMF NO 8 SAN ANGEL



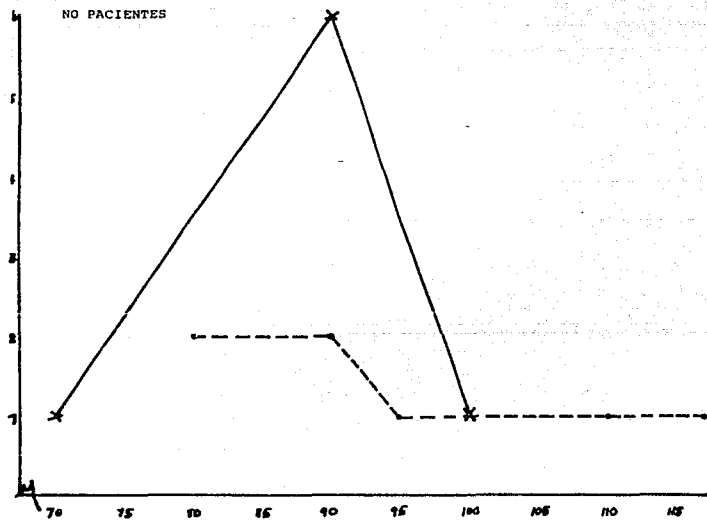
FUENTE: * 8 PACIENTES HIPERTENSOS

GRAFICA NO 5

ENFOQUE TERAPEUTICO FAMILIAR EN LA HIPERTENSION ARTERIAL

PRESION ARTERIAL INICIAL Y FINAL

UMF NO 8 SAN ANGEL



FUENTE : 8 PACIENTES HIPERTENSOS

-----PRESION INICIAL

_____PRESION FINAL

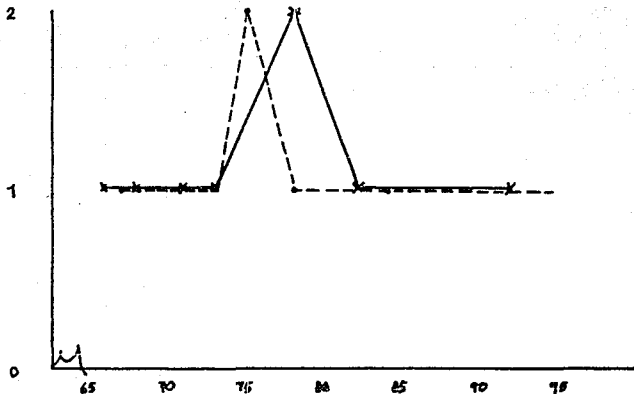
GRAFICA NO 6

ENFOQUE TERAPEUTICO FAMILIAR INTEGRAL EN LA HIPERTENSION ARTERIAL .

PESO CORPORAL INICIAL Y FINAL .

UMF no 8 SAN ANGEL

NO PACIENTES



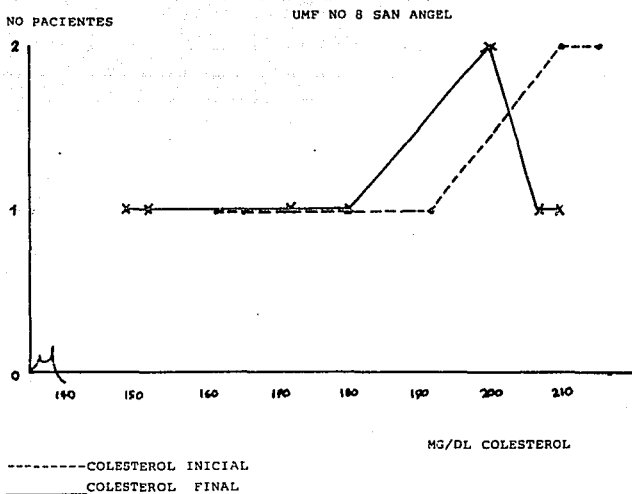
KILOGRAMOS

----- PESO INICIAL
_____ PESO FINAL

GRAFICA NO 7

ENFOQUE TERAPEUTICO FAMILIAR EN LA HIPERTENSION ARTERIAL

COLESTEROL INICIAL Y FINAL



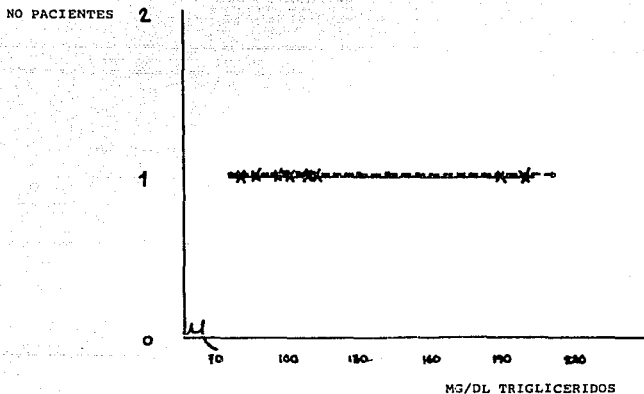
FUENTE : 8 PACIENTES HIPERTENSOS

GRAFICA NO 8

ENFOQUE TERAPEUTICO FAMILIAR EN LA HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL

NIVELES DE TRIGLICERIDOS INICIAL Y FINAL

UMGF NO 8 SAN ANGEL



.....TRIGLICERIDOS INICIAL

xxxxxxxxxxxxx TRIGLICERIDOS FINAL

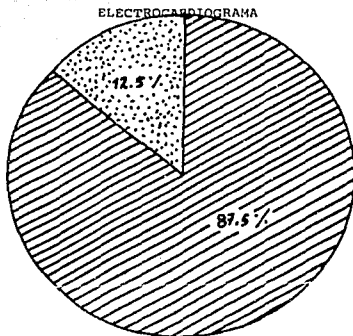
FUENTE : 8 PACIENTES HIPERTENSOS

GRAFICA NO 9

ENFOQUE TERAPEUTICO FAMILIAR EN LA HIPERTENSION ARTERIAL

PORCENTAJE DE NORMALIDAD

UMF NO 8 SAN ANGEL



NORMAL : 

ANORMAL: 

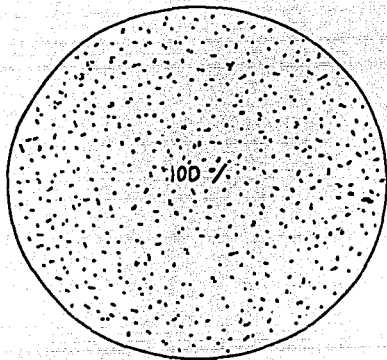
FUENTE: 8 PACIENTES HIPERTENSOS

GRAFICA NC 10

ENFOQUE TERAPEUTICO INTEGRAL FAMILIAR EN LA HIPERTENSION ARTERIAL E

FUNCIONALIDAD FAMILIAR

UMF NO.8 SAN ANGEL.



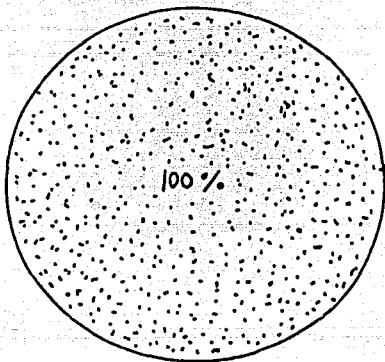
FUENTE: 8 PACIENTES HIPERTENSOS .

GRAFICA NO 11

ENFOQUE TERAPEUTICO FAMILIAR EN LA HIPERTENSION ARTERIAL .

APRENDIZAJE SIGNIFICATIVO

UMF NO. 8 SAN ANGEL



FUENTE: 8 PACIENTES HIPERTENSOS

BIBLIOGRAFIA .

- 1.- Robinson S.C. Brucer M: Range of normal blood pressure: a statistical and clinical study of 11,383 persons.
Arch Intern Med 64(3) : 409 , 1939 .
- 2.- Hypertension and Coronary Heart Disease : Classification and Criteria for Epidemiological Studies . First report of the - Expert Committee on cardiovascular Diseases and Hipertensi3n. Technical Report Series, No.168. Geneva, World Health Organization ,1989 .
- 3.- The 1984 Report of the Joint National Committee on Detection Evaluation , and Treatment oh High Blood Pressure :Arch Intern Med 144: 1045,1984 .
- 4.- National High Blood Pressure Education Program 1985 Working Group on Hipertensi3n in the Elderly: Statement on Hipertensi3n in the Elderly . JAMA 256: 70,1986.
- 5.- Edward J. Roccella, Ann E. Bowler y Michael Horaw: Consideraciones epidemiol3gicas para definir la Hipertensi3n. Cl3nicas M3dicas de Norteamerica . Vol 8 .1986.
- 6.- Frohlich ED: The adrenergic nervous system and Hipertensi3n Mayo Clinic. Proc 52: 361 a 368,1977.
- 7.- Kannel WB, Castelli WP, Mc Namara PM; et al : Role of blood -- pressure in the development of congestive heart failure: The Framingham study. N . Engl J. Med 287:781 a 787 , 1972 .
- 8.- Brunner HR, Loragh JH, Baer L, et al : Essential Hipertensi3n: Renin and Aldosterone ; heart attack and stroke .N Engl J. Med 286"441 -449 , 1972 .
- 9.- Frohlich ED: The heart in Hipertensi3n. In Genest J, Kuchel O, Hamet P , et al : Hipertensi3n : Physiopathology and treat -- ment.

New York. Mc Graw-Hill, 1983, 791-810.

- 10.- Edward D. Frohlich: Consideraciones hemodinámicas de la Hipertensión arterial clínica. Clínicas Médicas de Norteamérica(V) 835-845; 1988.
- 11.- Richard B. Devereux; Efectos cardíacos de la Hipertensión Arterial esencial. Prevalencia, fisiopatología y consecuencias - pronósticas. Clínicas Médicas de Norteamérica (V): 847-867.1988
- 12.- Kannel WB: Hipertensión, relationship to other risk factors. Drugs 31 (suppl. 1): 1-11.1986.
- 13.- Smith WF: treatment of mild Hipertensión. Circ Res 40:198,1977
- 14.- Cary L. Schwartz y Cameron G. Strong. Participación del parénquima renal en la Hipertensión Arterial esencial. C.M de Norteamérica (Volumen V) 881-894. 1988
- 15.- Morton H, Maxwell; Abraham B. wakw; Cationes e Hipertensión : Sodio, Potasio, Calcio, Magnesio. C.M. de Norteamérica (V): 899-912.
- 16.- Roland E. Schneider. Franz H. Messerli; Hipertensión y obesidad. Clínicas Médicas de Norteamérica (Volumen V): de la 1047 -1055.
- 17.- Beta Hockerheart attack trial research group: Arandomized Trial of Propranolol in Patients with acute myocardial infarction. I. Mortality Results. JAMA 247: 1707-1714, 1982
- 18.- H. Jallarsen A, Herlitz J. Malek I; E.T. al: E: ffst on Mortality of Metoprolol in acute Myocardial Infarction. Lancet 2: 823-826; 1981

- 19.- Tems J, Berecek KH, Coven EL, ET AL: Desoxycorticosterona -
By Hipertensi6n in the pig. Clin Sci Mol Med (Suppl III) :
303, 1976.
 - 20.- Health and Public Policy Committee : Biofeedback for Hiperten
si6n. Ann Intern Med 102: 709, 1985.
 - 21.- Duncan JJ, Farrjf, UptonSJ, ET al: The effects of Aerobic -
exercise on plasma catecho lamines and blood pressure in pa-
tients with mild essential Hipertensi6n. JAMA 254:2609, 1985.
 - 22.- Klein W. Brandt D, Ureco K, et all; Role of calcium antagonist
in treatment of essential Hipertensi6n. Circ Res 52 (suppl I):
174-181,1983.
 - 23.- Gavras H. Brunner HIR, Turini GIA et al; Antihipertensive ef-
fects of the oral angiotentin converting enzyme inhibitor SIQ
14225 in men. N. E. en cglJ. Med 298: 991-995 1978
 - 24.- Edwards CRW, Tadifld PL: Angiotensing converting enzyme inhi-
bitors: Past, Present and BrghT Future. Lancet 1:30-34, 1985.
- * Tesis para obtener titulo especialista en Medicina Familiar --
UNAM. Abordaje integral de la familia Hipertensa. 1987
Dr. Tapia Yanez.
- * Tesis para obtener titulo especialista en Medicina Familiar --
UNAM ¿El enfoque terap6utico familiar ineegral en la Diabetes -
Mellitus tipo II. 1988.
Dr. Sergio Hern6ndez Ram6rez.
- * Cardiolog6a Cl6nica. Sokolow Mc Roy. Hipertensi6n Arterial.
Pags. 116, 137. 1983

- * Tratado de Medicina Interna. Ferreras. EDz Barcelona Espana 1978. Pag. 178 a 198.
- * Tratado de Medicina Interna. Cecil. 1978. Pags. 117 a 165
- * Clínicas Médicas de Norteamérica, Vol. 5 1989.

DOCUMENTO NO I.

HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL .

Se le llama al aumento anormal y sostenido de la presión arterial. Se considera normal en el adulto por debajo de 140/90 mmHg .

Esta enfermedad es crónica ,degenerativa ;generalmente controlable manteniendo las cifras de presión arterial en valores normales.

Se considera que de cada 100 adultos mayores de 40 años entre 15 a 20 sufren Hipertensión Arterial . Afecta en cuanto al sexo más a la mujer aunque es más grave en el hombre .

La sobrevivencia sin un control adecuado no supera a los 10 años.

Se habla de dos tipos de causas de Hipertensión Arterial: la primaria ,Esencial ó idiopática que se refiere a no conocer la causa;no así la secundaria en la cual se sabe el origen como es el caso de los pacientes cardiopatas, renales , con tumores como es el Feocromocitoma.

Existen factores que favorecen la presencia de Hipertensión Arterial considerandoseles como factores de riesgo:

HERENCIA: Se sabe que hay tendencia familiar hasta en un 50% de los - pacientes .

OBESIDAD: Como factor coadyuvante ; de un 100% de pacientes 40% de ellos la presentan.Se sabe que el incremento de lípidos (grasas) en sangre favorecen un fenómeno llamado Aterosclerosis (endurecimiento de arterias y arteriolas:vasos que llevan - la sangre oxigenada) y que por lo tanto favorecen el aumento de la presión arterial .

STRESS: Como fuente de ansiedad favorece el espasmo arteriolar sostenido (constricción de arterias) , además de como fenómeno de compulsión a la ingesta de alimentos .

DIETA: El incremento de alimentos chatarra , conservadores,aumento de grasas saturadas y de carbohidratos con lleva a aumento de presión arterial .

TABAQUISMO :Produce vasoespasmo sostenido lo que favorece el aumento

SEDENTARISMO: Tipo de ocupación ocasiona sobrepeso ,stress,etc .

DOCUMENTO NO. II.

HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL

Diagnosticar al paciente hipertenso siempre debe hacerse con un mínimo de tres mediciones en diferentes horas y días ,teniendo en cuenta que se utilice el mismo esfigmomanómetro y el mismo ejecutor.

El cuadro característico de la Hipertensión Arterial esencial es :

Dolor de cabeza generalmente occipital (base de nuca),zumbidos de oídos ,mareos , palpitaciones , ver luces brillantes voladoras, adormecimiento de manos y pies ,irritabilidad .

Al paciente debe explorarse en forma completa y concienzuda a fin de establecer el diagnóstico adecuado y correcto .

No existen exámenes de laboratorio o radiológicos definitivos para establecer el diagnóstico adecuado y correcto ;aunque son de gran valor para verificar danos a órganos blanco (cerebro,rinones, corazón) y modificar el tratamiento de acuerdo a las necesidades particulares de cada paciente y familia.

DOCUMENTO NO.III

HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL .

Al ser una enfermedad crónica y degenerativa , es decir general , afecta a todo el organismo . Las lesiones se localizan con más frecuencia y con más riesgo en cerebro, corazón , rinones y ojos .

A nivel de corazón se puede presentar Insuficiencia cardíaca (es decir falla el corazón para movilizar la sangre al organismo y poder oxigenarlo) y/o cardiopatía isquémica (es decir falta de oxígeno suficiente a el músculo del corazón.

Insuficiencia cardíaca se caracteriza por taquicardia (aumento de la frecuencia cardíaca de bombeo cardíaco) ;disnea(falta de aire) edema(hinchazón).

Cardiopatía isquémica puede ser de varios tipos:Angina de pecho, Infarto agudo de miocardio , muerte súbita.

Angina de pecho se caracteriza por presentar dolor de pecho opresivo que se dirige a cuello, brazo izquierdo, hombro izquierdo,-- generalmente intenso y que aparece al esfuerzo y disminuye al reposo.

Infarto agudo de miocardio esta caracterizado por dolor intenso tipo opresivo ,puede presentarse en el reposo , progresivo y que se considera una Urgencia cardiológica que amerita hospitalización .

Otra complicación es la Encefalopatía hipertensiva secundaria al aumento brusco de la presión arterial en los vasos cerebrales . Dependará del sitio serán las manifestaciones clínicas , puede ir desde somnolencia hasta coma , hemiplejía , cuadriplejía

A nivel de rinones se observa una insuficiencia renal secundaria (falla de las funciones renales) debido a la disminución de ríñon por falta de oxigenación adecuada .

Esto puede ser tan grave que puede ocasionar dano irreversible a los rinones .

En ojos se aprecia Esclerosis de los vasos sanguíneos, ruptura de ellos(hemorragias) y formación de nuevos vasos . Todo esto repercute en la agudeza visual llegando incluso al dano total(ceguera).

DOCUMENTO NO IV.

HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL .

Se puede dividir en dos grandes fases : la primera incluye medidas generales y el segundo el uso de medicamentos.

En cuanto a medidas generales son de gran valor :

- 1) Dieta y control de peso.
- 2) Ejercicio .
- 3) Disminución de la ansiedad y angustia .
- 4) Disminución del tabaquismo .
- 5) Disminución del alcoholismo .
- 6) Disminución de grasas y colesterol .

La dieta y el control de peso se basa en la disminución de carbohidratos y de grasas lo que conlleva a la baja en sangre de lípidos - (grasas) evitando la Aterosclerosis y por tanto disminuye los riesgos de dano anatómico y funcional en los órganos blanco .

La reducción de azúcares es importante para evitar Obesidad sabiendo que este es factor de riesgo para la hipertensión . Si ya se es obeso -l disminuir los azúcares y por lo tanto el sobrepeso se logra un mejor control de cifras tensionales . En general la baja y control de peso disminuye el esfuerzo de corazón al bombeo de sangre .

La hiperlipidemia (aumento en sangre de grasas) facilita el depósito y la obliteración (cierre) de vasos , en ocasiones puede bloquear la circulación completa; dependiendo el territorio que sea donde se presente será el cuadro clínico que se manifieste . Se sugiere utilizar aceite de bacalao.

Al hablar de ejercicio debe ser ordenado, progresivo, constante y de acuerdo al edo. actual del paciente , condición física peso y edad .

El abandono del tabaco y alcohol no solo mejora las cifras de - presión arterial sino además se evitarán problemas posteriores de tipo crónico . La ansiedad y angustia deben manejarse con terapias de relajación , pasatiempos , en organizaciones y en familia , terapia de grupos y /o parejas .

NO I .

NOMBRE _____ EDAD _____ SEXO _____
 PESO _____ TALLA _____ ESCOLARIDAD _____
 DIRECCION _____ OCUPACION _____
 TELEFONO _____ EDO CIVIL _____

UTILICE UNA SOLA RESPUESTA .

CONTESTE DENTRO DEL PARENTESIS LA LETRA QUE CORRESPONDA A LA RESPUESTA QUE CONSIDERE CORRECTA.

- 1.-¿Sabe usted lo que es la Hipertensión Arterial ? : ()
 a) Enfermedad curable y controlable
 b) Enfermedad incurable y controlable
 c) Enfermedad no controlable e incurable
- 2.-¿ La gordura o sobrepeso facilita la Hipertensión ? : ()
 a) Sí
 b) No
 c) No sé
- 3.-¿La herencia facilita o predispone a la aparición de Hipertensión ()
 a) Sí
 b) No
 c) No sé
- 4.-¿El tabaquismo facilita la aparición de Hipertensión Arterial?: ()
 a) Sí
 b) No
 c) No sé
- 5.-¿La tensión emocional facilita la aparición de Hipertensión A. ()
 a) Sí
 b) No
 c) No sé
- 6.- ¿Cuáles son los síntomas de la Hipertensión Arterial?: ()
 a) Sed, dolor de pies, dolor de estómago
 b) Zumbidos de oídos, dolor de huesos, visión borrosa
 c) Mucha orina, mucha sed, mucha hambre
 d) Dolor de cabeza; palpitaciones, mareos, zumbidos de oídos
- 7.- ¿Cuáles son las complicaciones de la Hipertensión arterial?: ()
 a) Caída de pelo, unas quebradizas, piel seca
 b) Nerviosismo, aumento de peso, enfermedad cardíaca
 c) Disminución de la vista, enfermedad del corazón, enf. del riñón

- 8.- El control de la Hipertensión Arterial es : ()
a) Con medicamentos y reposo
b) Con dieta y vida tranquila unicamente
c) Con ejercicio ,dieta y medicamentos
- 9.- ¿Cuando asiste a consulta con su Médico Familiar ()
a) Cuando se le terminan los medicamentos
b) Cuando se siente enfermo
c) Control de su presión mensual
- 10.- Sigue las indicaciones de su Médico Familiar ()
a) Si
b) No
c) Algunas veces

¿DESDE CUANDO ES HIPERTENSO ? : _____
¿QUE MEDICAMENTOS TOMA ACTUALEMNTE ? _____
¿SE SIENTE SATISFECHO CON EL MANEJO ACTUAL DE SU ENFERMEDAD? - _____
¿PORQUE? : _____

FECHA _____

TENSION ARTERIAL : _____

NO . II .

MARQUE CON UNA CRUZ LA COLUMNA A LA CUAL CORRESPONDA SU RESPUESTA :

	CASI SIEMPRE	ALGUNAS VECES	DIFICIL MENTE.
Me siento satisfecho (a) con la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algun - transtorno .	_____	_____	_____
Estoy satisfecho(a) con la manera en que mi familia discute de igual acuerdo e interés y participa en la resolución de problemas conmigo .	_____	_____	_____
Encuentro que mi familia acepta mis deseos de tomar nuevas actitudes ó hacer cambios en mi estilo de vida .	_____	_____	_____
Estoy satisfecho (a) con la forma en que mi familia expresa afecto y responde a mis sentimientos tales como ira, amor ,aflicción.	_____	_____	_____
Estoy satisfecho(a) con la cantidad de tiempo que mi familia y yo pasamos juntos .	_____	_____	_____

