

11226

101
HOSPITAL GENERAL LAZARO CARDENAS



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR**

**INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA TRABAJADORES DEL ESTADO**

**UNIDAD ACADEMICA
HOSPITAL GENERAL "C" ' PDTE. LAZARO CARDENAS '
CHIHUAHUA, CHIH.**

**INFLUENCIA DE LA EDUCACION PARA LA SALUD EN
PACIENTES DEL CLUB DE HIPERTENSOS. HOSPITAL
PRESIDENTE LAZARO CAREDNAS I. S. S. T. E. 1993**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL D'PLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR, PRESENTA:**

LA C. OLIVIA MUÑOZ PORRAS

FALLA DE ORIGEN

CHIHUAHUA, CHIH.. 1995

1995



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.

FACULTAD
DE MEDICINA
★ OCT. 24 1955 ★
FACULTAD DE MEDICINA
DEPARTAMENTO DE FARMACIA
DEPARTAMENTO DE QUIMICA

I. S. S. S. T. E.
SUBDIRECCION MEDICA
J. J. J.
DEPTO. DE ENSEÑANZA
CLINICA FN
CHIHUAHUA, CHIH.

**INFLUENCIA DE LA EDUCACION PARA LA SALUD EN
PACIENTES DEL CLUB DE HIPERTENSOS. HOSPITAL
PDTE. LAZARO CARDENAS. ISSSTE. 1993.**

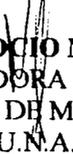
**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA GENERAL FAMILIAR PRESENTA :**

LA C. OLIVIA MUÑOZ PORRAS

AUTORIZACIONES


DR. JUAN JOSE MAZON RAMIREZ
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M.


DRA. MA. DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.
U.N.A.M.

**INFLUENCIA DE LA EDUCACION PARA LA SALUD EN
PACIENTES DEL CLUB DE HIPERTENSOS. HOSPITAL
PDTE. LAZARO CARDENAS. ISSSTE. 1993.**

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN
MEDICINA FAMILIAR PRESENTA.

LA C. OLIVIA MUÑOZ PORRAS

AUTORIZACIONES



DR. JAVIER MALDONADO
PROFESOR TITULAR DEL CURSO



DR. HECTOR GABRIEL ARTEAGA
Jefe del departamento de medicina familiar
jefatura de servicios de Enseñanza
ISSSTE

DEDICATORIA

**A mi familia Nuclear,
Gerardo, Oly, Lalo y
Pepe, quienes son el
principal motivo de
mi superacion diaria.**

**A mis padres y
hermanos, en especial
a Odilia, por su gran
ayuda.**

**A la Doctora Luz Esther
Olvera y al Ingeniero
Alfredo Gutiérrez. Gracias
por regalarme su tiempo y
sus conocimientos.**

**Y quiero agradecer a
Dios por permitirme estar
aquí y proporcionarme las
oportunidades.**

INDICE

| | |
|---|-----------|
| INTRODUCCION ----- | 1 |
| MARCO TEORICO ----- | 3 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA ----- | 15 |
| JUSTIFICACION ----- | 15 |
| HIPOTESIS ----- | 15 |
| OBJETIVOS ----- | 15 |
| MATERIAL Y METODOS ----- | 16 |
| RESULTADOS ----- | 17 |
| ANALISIS ----- | 20 |
| CONCLUSIONES ----- | 23 |
| APENDICE ----- | 24 |
| BIBLIOGRAFIA ----- | 41 |

INTRODUCCION

La hipertensión arterial sistémica es uno de los problemas de salud pública de mayor trascendencia mundial.

La mortalidad cardiovascular aumenta con el incremento en los niveles de la presión arterial. Se ha calculado que un hombre de 35 años con presión de 120/80 puede vivir 73.5 años, pero si su presión fuera de 150/100 se reduce a 55 años.

Debido a su naturaleza epidemiológica, la hipertensión arterial sistémica es necesariamente una condición que se debe detectar, tratar y seguir en el primer nivel de atención. Recae entonces en los médicos familiares, la responsabilidad de conocer y manejar en forma adecuada esta enfermedad que provoca un sinnúmero de muertes y lesiones incapacitantes en hombres y mujeres, algunos de ellos en la etapa más productiva de la vida.

En relación al control de esta enfermedad, se ha observado que no basta con proporcionar el tratamiento farmacológico a los pacientes. La necesaria implicación de ellos en el control y tratamiento de su enfermedad es lo que ha llevado a considerar la educación para la salud como uno de los métodos que posibilitarian el seguimiento de conductas adecuadas.

La educación para la salud, dirigida a los pacientes hipertensos debe tener como principales objetivos: mejorar los conocimientos sobre la hipertensión arterial como factor de riesgo cardiovascular y aumentar el grado de cumplimiento del tratamiento y control de las cifras de tensión arterial; lo cual repercute al fin de cuentas, en mejorar la calidad de vida del paciente con alta presión.

Dada la escasa experiencia de educación para la salud en hipertensión arterial, en atención primaria de salud, se diseñó una técnica educativa sencilla, de bajo costo y corta duración, impartándose un curso de educación para la salud a un grupo reducido de pacientes, haciendo al mismo tiempo una evaluación del curso y de la evolución de la tensión arterial del grupo de pacientes.

Se encontró una $p = .008$ en la evaluación de conocimientos pre y post-curso y una diferencia negativa de 19 kilos en el peso de los pacientes entre el inicio y el final del curso, sin embargo no hubo significancia estadística.

La media de la Presión diastólica estuvo en límites normales en 14 de los 15 pacientes, mientras que 10 tuvieron sistólicas mayores del límite de la normal, pero todos menores de 160 mm Hg.

Las cifras de colesterol se redujeron en dos pacientes que las tenían elevadas y en ningún paciente estuvo mayor de 250 mm Hg.

No se registraron internamientos hospitalarios por crisis hipertensivas durante el tiempo que duró el Curso y todos los pacientes se mantuvieron en un control aceptable; por lo tanto se encuentra que los grupos de apoyo de Educación para la Salud son útiles para el control de la Presión Arterial y de otras enfermedades crónico-degenerativas.

MARCO TEORICO

El incumplimiento terapéutico por parte de los pacientes es causa frecuente de fracaso en el control de la presión arterial. Conseguir y mantener un adecuado cumplimiento terapéutico, no es únicamente responsabilidad del paciente. Los médicos y el sistema sanitario son también parcialmente responsables, pues a ellos corresponde en primer lugar eliminar los obstáculos para el cumplimiento terapéutico. Este depende en gran parte de una buena información acerca del control y tratamiento de la presión arterial. Por otro lado, el incumplimiento terapéutico puede reducir drásticamente los beneficios, sin disminuir en forma importante los costos del tratamiento.

A la par que los recursos farmacológicos, hay una serie de medidas higiénico-dietéticas, que han demostrado ser capaces de reducir las cifras de presión arterial tanto en individuos con presión arterial en límites normales altos, como en algunos pacientes con hipertensión arterial sistémica. Algunas de estas medidas son: la reducción del peso corporal, disminución de la ingesta de sal, ejercicio físico aeróbico, cesación de fumar, disminución de la ingesta de alcohol, manejo de estrés y técnicas de relajación.

En la consulta externa diaria de medicina familiar, se ha observado que la mayoría de los pacientes con hipertensión arterial, desconocen toda esta información acerca de su enfermedad, lo cual puede ser una razón fundamental para el descontrol.

La hipertensión arterial sistémica es definida como la elevación crónica de la presión sanguínea sistólica, diastólica o de ambas, con cifras superiores a 140/90 mmHg, respectivamente. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud, es la enfermedad crónica más frecuente en el mundo y en nuestro país también; los reportes de estudios epidemiológicos aislados indican que en México la padece del 10 al 29.2 % de la población adulta.

La morbilidad ocasionada por la hipertensión arterial es ampliamente reconocida, destacan los estudios de Kannel en la población de Framingham, en donde se ha demostrado que los hipertensos tienen dos a tres veces más posibilidades de presentar infarto del miocardio, cuatro veces más enfermedad vascular cerebral y hasta seis veces más caídas en insuficiencia cardiaca. La hipertensión arterial puede además, ser causa de invalidez laboral. (1)

A pesar de la creciente complejidad tecnológica actual, el diagnóstico de hipertensión arterial se realiza mediante una metodología sencilla aunque rigurosa, su violación indica impresiones diagnósticas con graves consecuencias pronósticas. Por otro lado, otra consideración importante para el mejor manejo y control de la hipertensión arterial sería la terapéutica farmacológica como monoterapia, monodosis y minidosis, ya que el cumplimiento terapéutico, debe constituir el primer objetivo de cualquier intervención farmacológica. Se ha observado que tan sólo el 53.6% de la población canalizada realiza una buena cumplimentación terapéutica. (2).

El incumplimiento terapéutico por parte de los pacientes es causa frecuente de fracaso en el control de la presión arterial. En Malasia, se seleccionaron 60 pacientes que habían suspendido su tratamiento hipotensor antes de ingresar en un hospital, y les interrogaron sobre los motivos de esta suspensión del tratamiento.

El 85% de los pacientes dejaron de tomar los medicamentos por falta de motivación, su actitud hacia la continuación del tratamiento estaba determinada por sus creencias erróneas, su desconocimiento de la hipertensión y su tratamiento. El 93% de los pacientes creían que, puesto que se sentían bien, ya no necesitaban proseguir el tratamiento, el 95 % de los pacientes no sabían que era una enfermedad crónica. El 60 % de los pacientes desconocían las posibles consecuencias de la hipertensión no controlada. El 12 % de los pacientes se creían "curados" con medicina tradicional. (3)

En la actualidad, en muchos de los hospitales los pacientes carecen de asesoramiento no farmacológico sobre como reducir la presión arterial. En otro estudio realizado, de un total de 69 pacientes en tratamiento farmacológico por hipertensión arterial, que respondieron a un cuestionario, según sus respuestas, a 11 de los 50 pacientes obesos, no se les había aconsejado adelgazar, y, 23 de los 50 fumadores, no recordaban ningún consejo sobre la conveniencia de dejar de fumar.

De los 69 pacientes, 44 no recordaban haber recibido consejos sobre la conveniencia de reducir la ingestión de alcohol, 39 sobre la conveniencia de reducir la ingesta de sal y 46 sobre la conveniencia del ejercicio físico. La mayoría de los pacientes desconocían el efecto beneficioso del yoga, la reducción de la ingesta de carne, la relajación muscular y el biofeedback sobre la hipertensión. (4).

La medida de la presión arterial esta sometida a una multiplicidad de fuentes de variación, entre las que destacan las inducidas por el observador. En particular, Reiser et al., observaron que la presión arterial medida tras una entrevista, era más alta cuando la medición era llevada a cabo por un médico, que cuando era responsable de ella una enfermera, a esto se le ha llamado hipertensión de bata blanca. Ahora bien, este efecto no parece que sea inducido exclusivamente por la "bata blanca", ya que esta elevación artefactual de la presión arterial se ha observado, incluso, cuando el médico no lleva bata. La clase social atribuida a este, puede inducir dicha elevación.

En cualquier caso la literatura sobre el tema es claramente consistente sea la clase social o la bata del médico lo que produce este incremento de los niveles tensionales. Se estima que alrededor de un 20% de los pacientes hipertensos, con cifras de presión arterial diastólicas entre 90 104 mmHg en la clínica, son hipertensos de bata blanca, este tanto por ciento, se reduce a un 5% en los pacientes con presión diastólica superiores a 104 mmHg. Por todo esto la hipertensión de bata blanca constituye, fundamentalmente un problema diagnóstico y se cree que en un futuro se puedan descartar los casos de bata blanca por medio de la monitorización ambulatoria de la presión arterial (5).

La hipertensión de bata blanca es un ejemplo de la influencia del estrés sobre la presión arterial. Este término hace referencia a una reacción del organismo que característicamente se produce cuando las exigencias del medio (laborales, familiares o personales) desbordan sus recursos. Si esta situación se prolonga en el tiempo pueden aparecer diversas alteraciones psicosomáticas de tipo cardiovascular, gastrointestinal etc. Entre estas se encuentran la hipertensión arterial esencial.

La Organización Mundial de la Salud ha reconocido el importante papel que puede desempeñar el estrés en esta alteración, sin embargo, también ha subrayado, la dificultad de cuantificar esa influencia y el desconocimiento existente de la efectividad de los programas de control del estrés en la prevención y tratamiento de esta enfermedad.

Graham observó que los soldados que permanecían al menos un año en zonas de guerra en el desierto tenían una elevación permanente de la presión arterial que se mantenía de 4 a 8 semanas después de haber sido retirados de

combate. Parece por lo tanto, que el estrés puede incrementar la presión arterial, y de este modo, coadyuvar al mantenimiento de la hipertensión arterial.

El uso de tratamientos psicológico para el control del estrés ha sido objeto de una cuidada investigación durante las últimas dos décadas. Desde entonces se han publicado al menos 25 estudios controlados y aleatorios en los que se ha instruido a los pacientes en técnicas de relajación de fácil aprendizaje. En el conjunto de esos 25 estudios han sido tratados 834 pacientes con hipertensión arterial ligera mientras que 561 pacientes hipertensos han formado parte de los grupos control. Los resultados muestran una reducción en este amplio grupo del manejo del estrés de 8.6/ 6.2 mmHg en la presión arterial sistólica y diastólica respectivamente, mientras que en el grupo control esa reducción ha sido de 2.8/2.2 mmHg. Dado el gran tamaño de la muestra esas diferencias parecen ser altamente significativas y sugieren que las técnicas de relajación tienen un claro efecto sobre la presión arterial.

Los programas de tratamiento del estrés basados en técnicas de relajación han mostrado efectos positivos sobre otros parámetros entre los que incluyen la reducción de la presión así como de los riesgos de padecer accidentes cerebrovasculares. La investigación futura, que requiere de la estrecha colaboración del médico de atención primaria, las unidades de hipertensión, además de la terapéutica psicológica, habrá de confirmar o no la efectividad de este tipo de tratamiento en la alteración hipertensiva. (6)

PAPEL DEL EJERCICIO

La actividad física es ampliamente reconocida como un factor protector contra las enfermedades cardiovasculares.

La relación que existe entre la actividad física y la tensión arterial se ha demostrado a partir de datos epidemiológicos y de varios estudios controlados en los que se sometió a adiestramiento físico a sujetos normotensos e hipertensos.

Se puede recomendar el adiestramiento físico junto con otras medidas no farmacológicas en los casos de hipertensión arterial leve o, como un complemento del tratamiento farmacológico, en los casos de hipertensión arterial mas grave.

De acuerdo con los resultados presentados en las poblaciones revisadas, el adiestramiento de resistencia (caminar, correr, correr en bicicleta, calistenia y nadar) es el ejercicio de elección. Los estudios epidemiológicos indican que los individuos cuyo estilo de vida es físicamente más activo tiene la presión arterial más baja que los sujetos físicamente menos activos.

El ejercicio de escasa intensidad requiere más tiempo que el adiestramiento intenso. Tres sesiones semanales de 45 minutos al 60 o 70 % de la capacidad máxima de trabajo durante un mes y tres sesiones semanales de 60 minutos a una intensidad de 47 % durante 2 a 5 meses han dado resultados similares en consecuencia el ejercicio se puede adaptar a cada paciente la recomendación a los pacientes debe expresarse en términos que ellos puedan entender con facilidad.

Ejemplo:

- Caminar a paso rápido 5 veces por semana durante 30 minutos.
- Correr 3 veces por semana durante 20 minutos.

La intensidad se puede expresar por el grado de esfuerzo percibido. Por ejemplo, se le puede decir "Usted debe poder hablar durante el ejercicio; si no puede, tiene que disminuir el ejercicio."

En general, es prudente comenzar con un ejercicio entre ligero y moderado y aumentar progresivamente la intensidad, adaptandola a cada caso individual.

La mayoría de los pacientes con hipertensión arterial son sujetos de mediana edad o ancianos que no han practicado ejercicio con regularidad. Por consiguiente, la actividad física regular exige una modificación del estilo de vida y el estímulo y el seguimiento sistemáticos, pueden aumentar el cumplimiento con programas para grupos.

Antes del adiestramiento, en el examen de un paciente hipertenso debe de incluirse un electrocardiograma en reposo. Además, se puede recomendar una prueba de ejercicio en los pacientes que eran sedentarios, sobre todo cuando existen otros factores de riesgo como el hábito de fumar, obesidad, o hiperlipidemia o cuando el paciente se queja de disnea o dolor en el pecho. El conocimiento de la capacidad de hacer ejercicio y la respuesta de la frecuencia cardiaca al mismo ayudará a recomendar la intensidad de éste.

Cuando existe hipertrofia ventricular izquierda es preciso ser cautelosos y se recomienda aplicar un protocolo de ejercicio de escasa intensidad. En presencia de cardiopatía isquémica es aconsejable iniciar el ejercicio con un programa supervisado. Hay que ser cuidadosos en la elección de fármacos antihipertensivos para los pacientes que hacen ejercicio. Los bloqueadores beta pueden tener un efecto desfavorable sobre el ejercicio submáximo sostenido. Los diuréticos disminuyen la capacidad de hacer ejercicio, probablemente al reducir el volumen plasmático. Los bloqueadores de los canales de calcio, los inhibidores de la enzima de conversión no ejercen ningún efecto sobre la capacidad de hacer ejercicio.

En conclusión; los programas de ejercicio pueden ayudar a tratar la hipertensión, aumentar la sensación de bienestar y mejorar la esperanza de vida, no han de ser muy complicados y que se puedan adaptar a las actividades cotidianas del paciente. (7)

EFFECTOS BENEFICOS DEL EJERCICIO DINAMICO.

- Disminución de la f. c. basal y de ejercicio.
- Disminución de la presión arterial
- Aumento del flujo coronario.
- Disminución del peso corporal.
- Disminución de triglicéridos.
- Aumento del colesterol HDL.
- Disminución de la intolerancia a carbohidratos.
- Disminución de la resistencia a la insulina.
- Liberación de endorfinas.
- Cambios psicológicos (autoconfianza)

RIESGOS DEL EJERCICIO DINAMICO.

- Daño ortopédico.
- Accidentes.
- Asaltos y ataques de perros.
- Hematuria.
- Golpe de calor. Congelamiento
- Eventos coronarios (muerte súbita)
- Rabdomiolisis y Mioglobinuria
- Deshidratación
- Efectos de contaminación. (8)

PAPEL DE LA DIETA

Otros de los factores que influyen en la presión arterial sistémica son la dieta y la obesidad.

La obesidad se define como el aumento excesivo del tejido adiposo. En la obesidad leve, el sobrepeso es del 20 al 40% del peso ideal ; en la moderada, el sobrepeso representa del 40 al 100% del peso ideal y a la obesidad severa, más del 100% .Diversas observaciones han establecido que la obesidad es un riesgo cardiovascular menor, no independiente, pero que si aumenta el riesgo de otros factores asociados como la hipertensión arterial, los trastornos en el metabolismo de los carbohidratos, la dislipidemia y el riesgo vascular. La obesidad de tipo central (androide) se asocia a intolerancia a los carbohidratos, hipertrigliceridemia e hipertensión arterial (cuarteto letal de Kaplan).

LINEAMIENTOS GENERALES DE UNA DIETA PARA LA REDUCCION DE PESO

- La dieta debe ser balanceada, suficiente, completa y agradable.
- Los carbohidratos, particularmente los complejos deben aportar el 50 o 60% de las calorías. Las proteínas el 15% y las grasas el 30%.
- El contenido del colesterol debe ser menor de 300 mg al día.
- De acuerdo al tipo de actividad física, se ajustará el aporte calórico.
- La mayor parte de los sujetos activos necesitan 30 calorías por kilogramo para mantener el mismo peso. Una dieta de reducción requiere de 20 calorías por kilogramo de peso (peso ideal).
- La dieta debe contener una elevada cantidad de fibra.
- El contenido de sal debe ser menor de 4 o 5 gramos diarios (y menor si el paciente es sensible a la sal evitando sobre todo los alimentos procesados) (9).

INFLUENCIA DE OTROS HABITOS

Otros de los recursos no farmacológicos en el tratamiento de la hipertensión arterial es el dejar de fumar. El uso del tabaco, principalmente por la inhalación del humo de su combustión, ejerce una serie de efectos cardiovasculares, reológicos, humorales y psicológicos muy complejos (10)

En el paciente con hipertensión arterial que además fuma la posibilidad de daño cardiovascular se multiplica 4. 5 veces en comparación con el normotenso no fumador (11). En cada inhalación de humo de tabaco, la nicotina que se absorbe estimula la liberación de noradrenalina, uno de cuyos efectos es el aumento del tono arteriolar, mediante los receptores alfa adrenérgicos y el aumento de la frecuencia cardiaca, el gasto y el trabajo cardiaco y el consumo de oxígeno del miocardio. A la vez el tabaco aumenta la agregabilidad plaquetaria y tendencia a la trombosis. Por eso y otras razones, es preciso tratar de convencer al hipertenso fumador que abandone su hábito (11).

La relación del consumo inmoderado de alcohol y la hipertensión arterial es conocida, los mecanismos hipertensinógenos del alcohol pueden deberse a la reacción adrenérgica que ocasiona su efecto vasodilatador, a un aumento de la sensibilidad vascular o a un efecto directo sobre los vasos arteriolares. La pretendida conseja de que algunas bebidas son vasodilatadoras (wiskey), y otras vasoconstrictoras (cognac), es absolutamente falsa, pues todas la bebidas tienen la misma substancia básica: el alcohol etílico, vasodilatador a pequeñas dosis e hipertensinógeno a dosis mayores. Más de 40 gramos de alcohol diarios, pueden ocasionar severos problemas psicológicos y sociales, lesiones neurológicas y cardiovasculares graves e irreversibles, aumento de triglicéridos y de la presión arterial. (12)

La ingestión excesiva de sal, propia de la mayor parte de las sociedades modernas no ejerce el mismo efecto deletéreo en todos los individuos, sino solo en los sensibles a la sal y que éste rasgo es heredado. (9).

CALIDAD DE VIDA EN LA HIPERTENSION ARTERIAL

La calidad de vida es un tema clave al considerar el tratamiento de la hipertensión arterial. Sin embargo no existen métodos de evaluación confiables y sensibles. En un estudio realizado al respecto, se confeccionó un cuestionario de calidad de vida, se evaluó su rendimiento y se analizó la influencia de la hipertensión y de diversas variables asociadas a ella sobre dicha calidad de vida.

El cuestionario se aplicó a dos grupos de hipertensos, uno hospitalario y otro de atención primaria, así como un grupo control.

Las conclusiones fueron que la calidad de vida es globalmente similar en ambos grupos hipertensos (a pesar de las múltiples y significativas diferencias en sus características descriptivas) y la dispar calidad de vida entre hipertensos y normotensos (a pesar de la similitud de sus parámetros demográficos) sugieren que sobre la calidad de vida, influye más el diagnóstico de hipertensión por sí mismo que no diversas variables asociadas a la hipertensión. Se comprobó además, que el método empleado es sensible y válido. La utilización del cuestionario de calidad de vida puede ser, pues, un instrumento útil en el seguimiento de los pacientes hipertensos. (13)

EDUCACION SANITARIA Y CONTROL DE CALIDAD EN HIPERTENSION ARTERIAL

Existen múltiples evidencias de que en grupos de pacientes hipertensos, la impartición de cursos de educación sanitaria mejora significativamente el control de la enfermedad, determinándose no sólo los conocimientos sino el grado de cumplimiento de las medidas higiénico-dietéticas, detectándose dicho control a los dos meses de iniciado el curso y manteniéndose por más de 6 meses. En el grupo control no hubo cambios en las cifras tensionales.(14)

Así mismo el control de calidad en el seguimiento de los pacientes crónicos, en especial hipertensos, muestra que con mucha frecuencia no se siguen los parámetros específicos de calidad de la atención. De una revisión de 100 casos en los que se estudió la Historia Clínica, se encontró que solo el 43% presentaban buen control de la enfermedad, con una media de 4.86 determinaciones anuales, se realizaron los exámenes de sangre en el 66.% y los de orina en el 56% . Sólo el 34 % de los pacientes presentaron exploración cardiovascular mínima, mientras que la exploración de fondo de ojo y la práctica de ECG se realizó en el 44 y 49 % , respectivamente.

Las conclusiones fueron que, el grado de control de la presión arterial es aceptable. El cumplimiento del protocolo es deficitario en la mayoría de las exploraciones complementarias. Se hace necesario conservar la periodicidad del ECG. Se constata el hecho de que los pacientes en los que la cumplimentación del protocolo es mas deficiente, son aquellos con un número menor de registros de tensión arterial y también entre los que no reciben tratamiento farmacológico. (15)

En un estudio realizado en la unidad docente de medicina familiar y comunitaria de Tortosa, se determinó la efectividad de un protocolo atendiendo a los siguientes parámetros:

- a) disminución de las cifras tensionales y proporción de hipertensos controlados o no.
- b) número de fármacos que reciben los enfermos.
- c) presencia de complicaciones secundarias a hipertensión.

Para ello se realizó un estudio de la evolución de los pacientes hipertensos protocolizados durante un periodo de nueve meses, siendo incluidos todos los individuos diagnosticados hasta el inicio del periodo, omitiendo a aquellos que no hayan acudido a los controles establecidos o se hayan diagnosticado con posterioridad a la fecha señalada como inicio del estudio. De esta forma se seleccionaron 195 pacientes que cumplen las condiciones anteriores.

Los resultados en cuanto a:

- a) La evolución de la presión arterial, se observó un descenso medio de la tensión arterial sistólica de 6 mmHg (p - a 0. 001). y en la diastólica de 3 mmHg (p menor a 0. 001), demostrando el análisis estadístico como significativo (p menor a 0. 001), el aumento del número de individuos con tensión normalizada al final del periodo.
- b) Respecto a la medicación, al iniciar el seguimiento, más del 80 % tomaba uno o ningún fármaco, el 13.48 %, tomaba dos y solo al 3% tomaba tres, apreciándose un incremento significativo (p menor que 0.001) en el número de fármacos que precisan. Al final del periodo se observa que el 70% de los individuos con cifras de presión arterial controladas lo consiguen con un sólo fármaco, 6. 48% con medidas higiénico-dietéticas, 20.37% con dos fármacos, y 2.77% con tres fármacos (con uno o con dos fármacos lo consiguen más del 90%).
- c) Complicaciones: en el 49.23% se encontró por lo menos una complicación atribuible a la hipertensión (un 26.6% eran alteraciones del fondo de ojo 25.1% del ECG. y 14.35% vasculopatía periférica) 5 de los pacientes presentaron en este periodo una crisis hipertensiva.

Las conclusiones fueron que observada la evolución tensional, se aprecia una disminución significativa tanto en la tensión sistólicas como diastólica por lo que creemos que el protocolo es útil a pesar de que el porcentaje de pacientes no compensados en el último trimestre es bastante elevado (44.6%) y quizá debido a que el periodo estudiado no sea lo suficientemente extenso sea demostrado un incremento significativo en el número de fármacos por individuo siendo la media al inicio del periodo de 0.76 y de 1.26 al final. Se desconoce si este incremento esta relacionado con el mayor número de enfermos controlados y, si lo esta, que tipo de relación existe.

Del total de enfermos compensados al final del periodo (55.38%), más el 75% solo requiere uno o ningún fármacos, y más del 97% como máximo dos, siendo la media de 1. 19. Entre los pacientes no compensados al final se observa, a pesar de ello, un incremento de los fármacos que precisan, a expensas de los que tomaban dos o tres (45.9%) siendo la media de 1.50 (16).

Conociendo todos estos aspectos como fundamentales se decidió formar un grupo de apoyo con hipertensos (Club de Hipertensos), derechohabientes del Hospital "Lázaro Cárdenas" del ISSSTE. Chih. en el cual a la vez que se proporcionen aspectos educativos en relación con el problema, se brinde apoyo psicológico y motivación para mantener el control, y hacer un seguimiento de la enfermedad.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Los pacientes con hipertensión arterial que no están bien controlados por lo general se debe a que desconocen todos los aspectos relacionados con su enfermedad. Observando esta problemática nos hemos planteado la siguiente pregunta, ¿Cuál es la influencia de la educación para la salud en un paciente hipertenso?.

JUSTIFICACION

La morbilidad ocasionada por la hipertensión arterial es ampliamente reconocida y la mayoría de los pacientes ignoran las complicaciones agudas y crónicas. Otro aspecto importante para el mejor manejo de esta enfermedad es el cumplimiento terapéutico; en este sentido se ha encontrado que muchos de los pacientes creen que solo deben tomar el medicamento cuando se sienten mal. Por todo esto se ha pensado en formar un club de hipertensión arterial del Hospital Lázaro Cárdenas ISSSTE de la Cd. de Chihuahua, en donde se les informe a los pacientes todos estos aspectos importantes de su enfermedad.

HIPOTESIS

Se cree que al estar asistiendo al club de hipertensión arterial del hospital Lázaro Cárdenas ISSSTE de la ciudad de Chihuahua mejora el control de dicha enfermedad en los pacientes asistentes al club.

OBJETIVOS

Medir cuál es el efecto de la educación para la salud en el control de la hipertensión arterial en los pacientes asistentes al club.

Responsabilizar al paciente del autocuidado de su enfermedad.

Acercar a un nivel normal el valor de las cifras de la tensión arterial valiéndonos de la educación para la salud en los pacientes que acudan al club.

MATERIAL Y METODOS

Se realizó una investigación experimental prospectiva y abierta en el área de educación para la salud para determinar la influencia de la misma en el control de la hipertensión arterial.

Se estructuró un club de hipertensos el cual se mantuvo en el estudio, durante 11 meses en el Hospital Clínica del ISSSTE "Lázaro Cárdenas" de la ciudad de Chihuahua, con una población urbana y que corresponden a un nivel sociocultural medio bajo.

Se incluyeron en el estudio, 15 pacientes con hipertensión arterial y que son derechohabientes del ISSSTE. Como criterios de inclusión se tomó en cuenta únicamente que tuvieran una asistencia de por lo menos un 80 % a las sesiones mensuales del club.

Se les aplicó un cuestionario de 15 preguntas sencillas acerca de la hipertensión arterial, al iniciar y terminar el curso, para evaluar los conocimientos y avances de cada paciente al principiar y finalizar el curso.

Con el fin de educar a los pacientes, se les impartió una plática mensual, acerca de la hipertensión arterial, su control, medidas higiénico dietéticas y las complicaciones a largo plazo de una hipertensión arterial mal controlada.

Se llevó un control mensual de las cifras de presión arterial y de exámenes de laboratorio que incluyeron química sanguínea, colesterol y triglicéridos, para evaluar los cambios presentados por el paciente durante y al finalizar el curso de educación para la salud. Se les practicó además, un examen de fondo de ojo para determinar el estadio de la hipertensión arterial y un electrocardiograma para detectar la patología cardiaca asociada a esta enfermedad.

RESULTADOS

La muestra estudiada estuvo constituida por 13 mujeres (86%) y dos varones (13%); con una edad media de 57.5 años.

Respecto al tiempo de evolución en años, este varió desde uno hasta 32 años. El 40.6% de los pacientes tenían de 6 a 10 años de evolución.

Cuatro de los 15 pacientes que tomaban tres medicamentos y no modificaron la cantidad, uno tenía 8 años de evolución (gráfica # 3), otro 32 años (gráfica # 11), y los otros dos 10 años de evolución (gráficas #13 y 15). El de 8 años de evolución se descontroló en una ocasión hasta 180 mmHg la presión sistólica, en dos ocasiones a 160 mmHg y en tres a 150 mmHg; el resto se mantuvo controlado. Su presión diastólica estuvo siempre controlada entre 80 y 90 mmHg. (gráfica # 3).

El de 32 años de evolución subió su presión sistólica a 170 mmHg en una ocasión, otra a 160 mmHg y 4 a 150 mmHg. Su presión diastólica en 4 ocasiones se elevó a 100 mmHg, en dos ocasiones a 95 y el resto se mantuvo entre 80 y 90 mmHg. (Gráfica # 11).

El de 12 años de evolución, en 4 ocasiones tuvo 160 mmHg de presión sistólica, y en 4 ocasiones tuvo 150 mmHg, pero su presión diastólica siempre estuvo entre 80 y 90 mmHg. Dos de los pacientes que tomaban tres medicamentos tenían 10 años de evolución, corresponden a los casos número 13 y 15. El caso 13, se elevó su presión sistólica en una ocasión a 190 mmHg, otras dos a 180 mmHg y otra a 150 mmHg, el resto se mantuvo entre 120 y 130 mmHg. Su presión diastólica en 5 ocasiones se elevó a 100 mmHg, el resto se mantuvo entre 80 y 90 mmHg (gráfica # 13).

El caso número 15 tomaba tres medicamentos. En cuatro ocasiones elevó su presión sistólica a 160 mmHg y otras cuatro a 150 mmHg. Su presión diastólica siempre estuvo en 90 mmHg. (gráfica # 15).

El caso número dos tenía 10 años de evolución y estuvo descontrolado, pero el paciente suspendió uno de los medicamentos que tomaba, a pesar de eso su presión diastólica nunca subió por arriba de 100 mmHg y la sistólica nunca por arriba de 170 mmHg (gráfica # 2).

Respecto al número de internamientos: en 1993 hubo dos internamientos por hipertensión arterial, mientras que en 1994, ninguno de los pacientes estudiados lo requirió.

Al estudiar los electrocardiogramas efectuados a los pacientes, se encontró que en once de los pacientes estaba normal (73%). En tres había hipertrofia cardíaca (uno de los cuales correspondió al que tenía 32 años de evolución de la enfermedad, los otros dos tenían tres y ocho años de evolución). Solo en un caso se observó isquemia cardíaca y correspondió al paciente de un año de conocerse hipertensa.

En el exámen que se les aplicó acerca de los conocimientos de su enfermedad al inicio y al final del estudio; el 99 % de los pacientes mejoraron sus respuestas en el exámen final. El 1% restante respondió bien las 15 preguntas en los dos cuestionarios.

En relación al colesterol, todos los pacientes descendieron sus cifras de colesterol. Dos de los pacientes presentaron problemas serios de hipertrigliceridemia, pero ambos pacientes descendieron sus cifras a la mitad de sus cifras iniciales (cuadro # 3 y cuadro #10). Ocho de los pacientes mantuvieron sus cifras de triglicéridos alrededor de 150 y 200 mg. En cuatro de los pacientes se elevaron los triglicéridos de entre 5 a 18 mg % por encima de las cifras normales. En general el 75.3 % de los pacientes descendieron sus cifras de triglicéridos en sangre.

Con respecto a las cifras tensionales, se tomó como normal una tensión arterial diastólica de 90 mmHg. El 46% de los pacientes mantuvieron sus cifras tensionales normales; el 33 % de los pacientes descendieron sus cifras tensionales hasta un nivel normal y en general, el 79 % de los pacientes se mantuvieron controlados. De los tres pacientes no controlados, en ninguno de ellos se elevó la presión diastólica por arriba de 100 mm Hg y en ninguno se detectó hipertensión arterial maligna.

Nueve de los pacientes bajaron de peso (60%), dos de ellos se mantuvieron igual (13%) y cuatro aumentaron de peso (26%).

El fondo de ojo en doce de los pacientes se encontró retinopatía hipertensiva grado I, en los tres restantes retinopatía hipertensiva grado II.

En siete de los pacientes estudiados se observaron glicemias altas, pero solo en un paciente (cuadro # 14) se elevó en una ocasión a 380 mg.

La urea y la creatinina en todos los pacientes se mantuvieron normales.

ANALISIS

Observada la evolución de los pacientes estudiados, en la mayoría de ellos se notó una mejoría en todos los parámetros estudiados.

Con respecto a la presión arterial en general, todos los pacientes se mantuvieron controlados con una presión media diastólica dentro de límites normales (90 y 90 mmHg). A excepción del caso número 2, (gráfica #2) cuya presión diastólica media fue de 92 mmHg. Este paciente en 1993 tomaba dos medicamentos hipotensores y en 1994 suspendió un medicamento lo cual consideró fue la causa de la elevación de la presión arterial; y el caso número 11 que tuvo una presión diastólica media de 94 mmHg, esta cifra correspondió al paciente que tenía 32 años de evolución (gráfica #11).

Aunque la variación de las cifras tensionales en los pacientes que mejoraron no son muy significativas estadísticamente creo importante tomar en cuenta que varios de ellos se preocupaban por mantener controlada su presión desde antes de iniciar el curso, ya que eran pacientes conocidos en la consulta externa.

Respecto al peso inicial y peso final de los casos estudiados 9 de ellos bajaron de peso. Representado en porcentaje el 60% de los pacientes bajaron de peso, el 22% subió y el 18% se mantuvo igual; con una disminución global del grupo de 19 kilos.

Referente a los internamientos se observó que durante el tiempo que duró el estudio ninguno de ellos tuvo que ser internado por elevaciones de su presión arterial; en el año anterior a iniciarse el estudio dos de los pacientes requirieron de internamiento por este motivo.

En el cuestionario aplicado, 13 de los pacientes mejoraron su calificación en el examen final y los 2 que no mejoraron, es porque en los dos cuestionarios respondieron bien las quince preguntas lo que nos da un nivel de significancia de 0.008 ($p= 0.008$), y nos indica que ya existía un adecuado nivel de conocimiento al iniciar el curso, pero con este mejoró aún más, esto puede también ser la causa de que su control era adecuado al iniciarlo.

En relación al colesterol y triglicéridos solo dos de los pacientes presentaron cifras altas de triglicéridos (cuadro #5 y #10), pero los dos pacientes redujeron las cifras a la mitad de sus cifras iniciales. El colesterol no estuvo por arriba de 250 mg en ninguno de los pacientes.

Las cifras de glucemia estuvieron dentro de límites normales en 14 de los pacientes. -Solo uno de ellos puede considerarse diabético tomando en cuenta sus cifras iniciales de glucosa en sangre (360 mg). En este paciente se observó una franca mejoría en sus cifras de glucemia al final del curso (cuadro #14), probablemente debido a una concientización en el autocuidado de la salud.

Al observar el fondo de ojo de los pacientes en ninguno se encontró hipertensión arterial maligna, en el paciente que tenía 32 años de evolución se le encontró retinopatía hipertensiva grado 2, al igual que en otros dos casos, en 12 de los pacientes se encontró retinopatía hipertensiva grado 1. Esto puede ser un indicio del buen control que los pacientes, mantenían desde antes de entrar al Club y que mantuvieron durante su estancia en él.

El electrocardiograma en 11 de los pacientes se encontró normal. En tres se encontró hipertrofia cardíaca (uno de los cuales correspondió al paciente que tenía 32 años de evolución y de los otros dos, uno tenía tres y otro , ocho años de evolución). En ninguno de los pacientes se observó que tuvieran daño renal tomando en cuenta que las cifras de urea y creatinina en todos ellos se encontraba normales (ver cuadros). Esto también puede ser debido al adecuado control con que evolucionaba su enfermedad

En general se observó en el grupo estudiado una buena integración y con deseos de externar las propias experiencias de su enfermedad.

En lo personal considero que la educación para la salud es primordial para el control de cualquier enfermedad y sobre todo en las enfermedades crónico-degenerativas, en las que el paciente debe tomar medicamentos en forma continua e ininterrumpida.

Por otro lado pienso que para lograr un buen resultado se debe contar con un grupo interdisciplinario bien estructurado y que tengan interés en participar en el curso; ya que con esto se logrará una adecuada motivación para el paciente lo que redundará en beneficio tanto para él como para la institución.

Otra de las cosas que hay que tomar en cuenta es que hay que concientizar a los médicos familiares y especialistas para que integren al curso a todo paciente que tenga estos padecimientos, y que además participe él mismo activamente en la educación ya sea en su consulta o formando parte de estos grupos de apoyo; esto sería un gran avance en el manejo de estas enfermedades que ocasionan grandes pérdidas tanto personales como familiares y además un gasto económico muy elevado por las complicaciones y las incapacidades que produce.

Tomando en cuenta que en la actualidad se considera necesario practicar la medicina preventiva, la educación para la salud es una medida muy efectiva que deberá tomarse muy en cuenta en la práctica de la medicina actual; lo que elevaría o mejoraría el nivel de salud de nuestro país.

CONCLUSIONES

La hipertensión arterial es un padecimiento crónico-degenerativo, susceptible de controlarse por medio de educación para la salud y pertenencia a grupos de apoyo, en donde se les informe a los pacientes todo lo que ellos deban saber acerca de su enfermedad.

Los pacientes con hipertensión arterial que se encuentran bien controlados, disminuyen las complicaciones a largo plazo , así como el costo del control y tratamiento de la enfermedad tanto para el paciente como para las instituciones de salud de nuestro país , ya que un buen control de la enfermedad, hace que disminuya la frecuencia de internamientos hospitalarios.

Al mantenerse controlados, las repercusiones personales , familiares y sociales disminuyen, así como los gastos económicos secundarios a las complicaciones, lo que repercute al final en una mejor calidad de vida para el paciente y su familia.

Para que todo lo expuesto anteriormente pueda ser posible, es necesario que el médico familiar o el médico de primer contacto , participe activamente en la educación individual de sus pacientes y en la formación de grupos interdisciplinarios de apoyo en donde se les proporcione educación para la salud tanto de las enfermedades crónico-degenerativas que requieren de tratamientos a largo plazo como de las medidas higiénico-dietéticas y preventivas que les ayuden a controlar también las enfermedades infectocontagiosas tan de moda en la actualidad.

Haciendo historia, y volviendo la vista hacia atrás, podemos observar que en las Instituciones encargadas de la salud social de nuestro País, no se le ha dado a la Educación para la salud ,la importancia debida dentro de la medicina preventiva, sobre todo con respecto a las enfermedades crónico -degenerativas.

APENDICE

Cuestionario de conocimientos sobre hipertensión arterial

Nombre ----- Sexo ----- Edad ----- Cedula -----

INSTRUCCIONES:

Conteste con una V si la oración es verdadera, o una F si la oración es falsa.

1. Se considera que una persona tiene alta presión si en 3 o más ocasiones su presión se mantiene por arriba de 140/90. _____
2. Una persona con alta presión, debe evitar comer sal. _____
3. A una persona con alta presión que esta obesa (gorda) es más fácil controlarle la presión. _____
4. Una persona con alta presión, debe evitar comer grasas. _____
5. Una persona con alta presión, no controlada y que además es obesa (gorda), Tiene mayor riesgo de padecer un infarto. _____
6. El estrés puede hacer que aumente la presión arterial. _____
7. Las personas con alta presión, deben evitar la caminata. _____
8. La hipertensión arterial (alta presión), es una enfermedad contagiosa. _____
9. La alta presión es una enfermedad controlable pero no curable. _____
10. La alta presión en ocasiones, no presenta ningún síntoma. _____
11. La alta presión, tiene predisposición familiar. _____

12.La alta presión no afecta la vista. _____

13.La alta presión afecta al riñón. _____

14.El colesterol elevado junto con la alta presión aumentan el riesgo de producir un infarto. _____

15.El paciente con alta presión, debe tomar el medicamento unicamente cuando se siente mal.

PROGRAMA EDUCATIVO

ENERO

Presentación.

Bienvenida.

Inaguración del Curso.

FEBRERO.

Introducción breve.

Aplicación del cuestionario.

MARZO.

Introducción Breve.

Conceptos y definición de la Hipertension Arterial.

ABRIL.

Introducción Breve.

Responsabilidad del paciente hipertenso en el autocontrol de su enfermedad.

MAYO .

Introducción Breve.

Dieta y ejercicio.

JUNIO.

Introducción Breve.

Estres y formas de Relajación.

JULIO.

Introducción Breve.

Hiperrlipidemia.

AGOSTO.

Introducción Breve.

Riesgos y complicaciones de la Hipertension Arterial.

SEPTIEMBRE.

Introducción Breve.

Obesidad y Autoestima.

OCTUBRE.

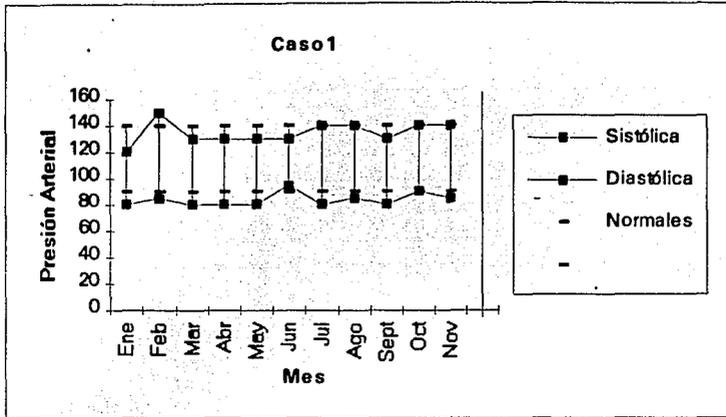
Introducción Breve.

Proyección de película sobre Hipertensión Arterial.

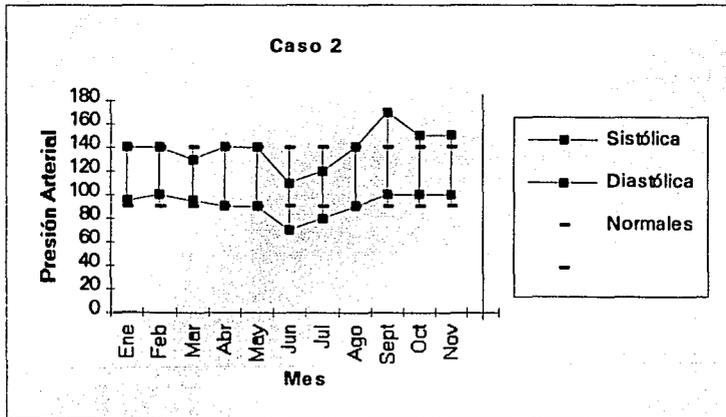
NOVIEMBRE.

Aplicación del Cuestionario.

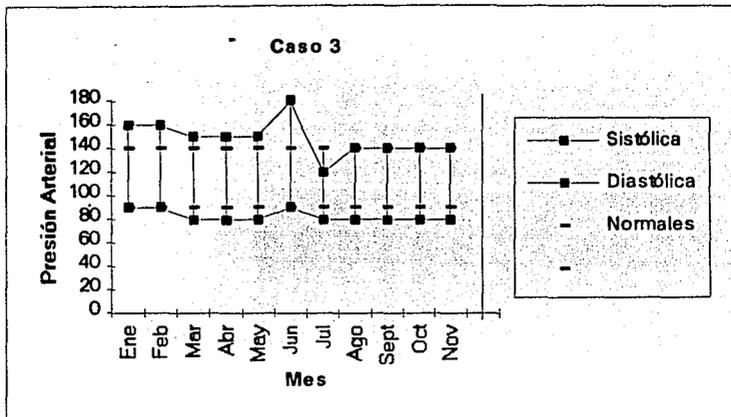
Clausura del curso.



Gráfica 1.- Evolución de la tensión arterial durante el tiempo del estudio
Expediente clínico
Media 135/84



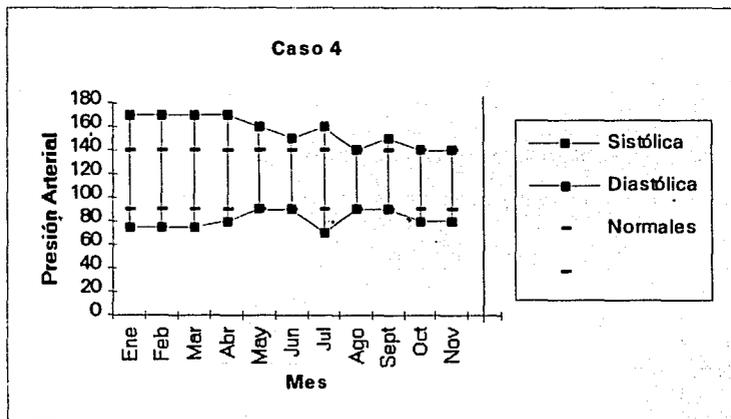
Gráfica 2.- Evolución de la tensión arterial durante el tiempo del estudio
Fuente.- Expediente clínico
Media 139/92



Gráfica 3.- Evolución de la tensión arterial durante el tiempo del estudio

Fuente.- Expediente clínico

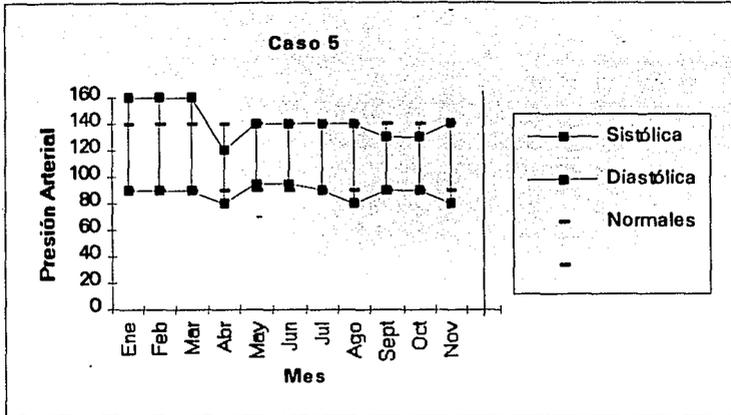
Media 148/83



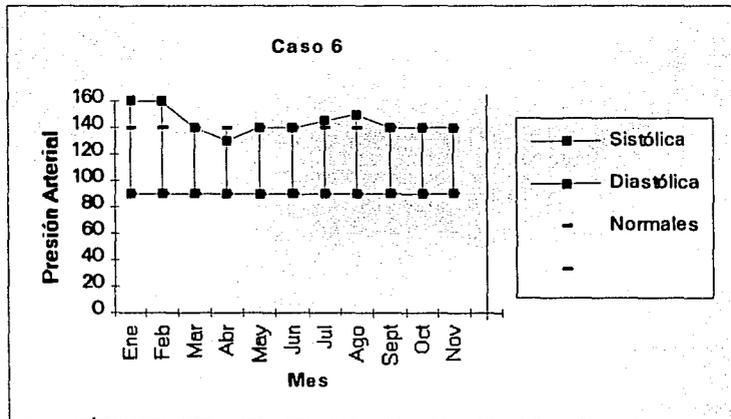
Gráfica 4.- Evolución de la tensión arterial durante el tiempo del estudio

Fuente.- Expediente clínico

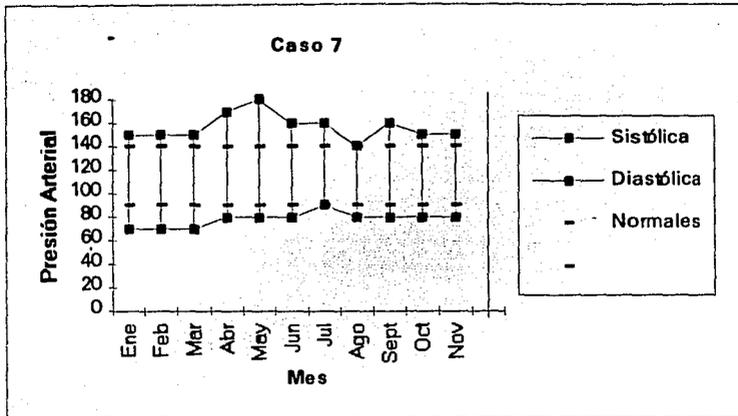
Media 156/81



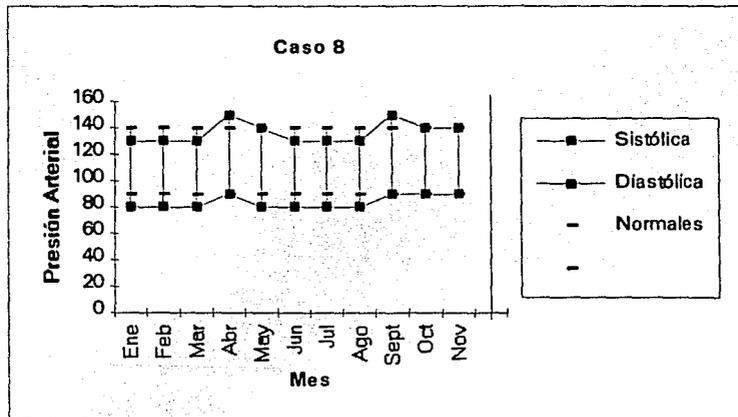
Gráfica 5.- Evolución de la tensión arterial durante el tiempo del estudio
Fuente.- Expediente clínico
Media 142/88



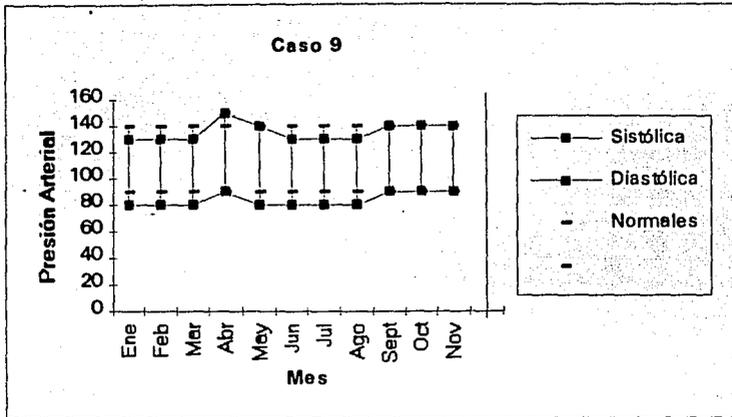
Gráfica 6.- Evolución de la tensión arterial durante el tiempo del estudio
Fuente.- Expediente clínico
Media 144/90



Gráfica 7.- Evolución de la tensión arterial durante el tiempo del estudio
Fuente.- Expediente clínico
Media 156/78

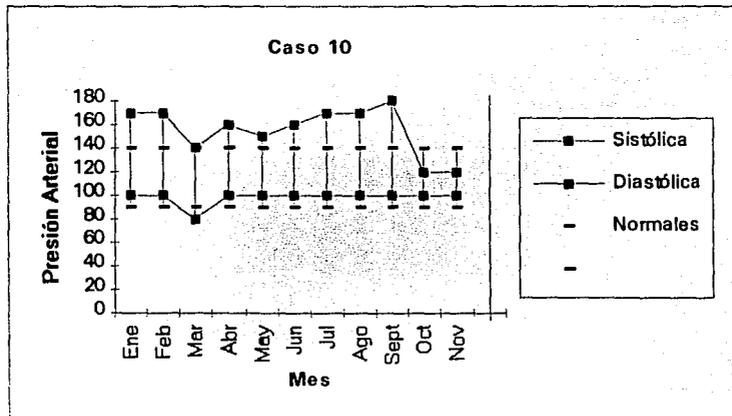


Gráfica 8.- Evolución de la tensión arterial durante el tiempo del estudio
Fuente.- Expediente clínico
Media 136/84



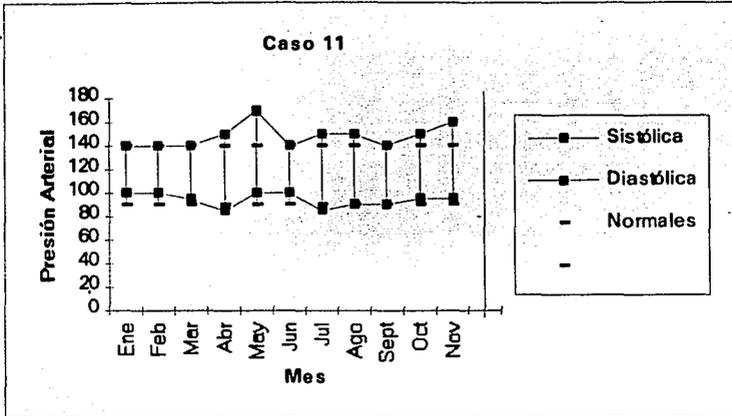
Gráfica 9.- Evolución de la tensión arterial durante el tiempo del estudio

Fuente.- Expediente clínico
Media 135/84

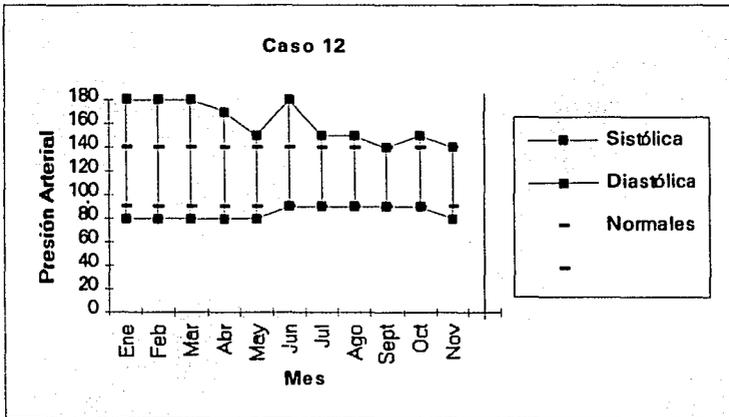


Gráfica 10.- Evolución de la tensión arterial durante el tiempo del estudio

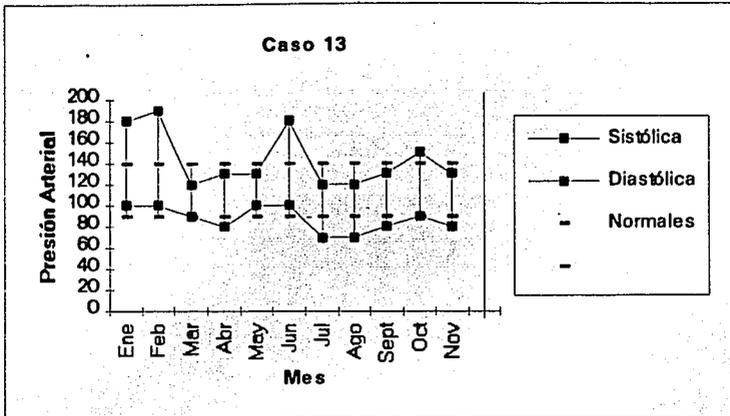
Fuente.- Expediente clínico
Media 155/98



Gráfica 11.- Evolución de la tensión arterial durante el tiempo del estudio
Fuente.- Expediente clínico
Media 148/94



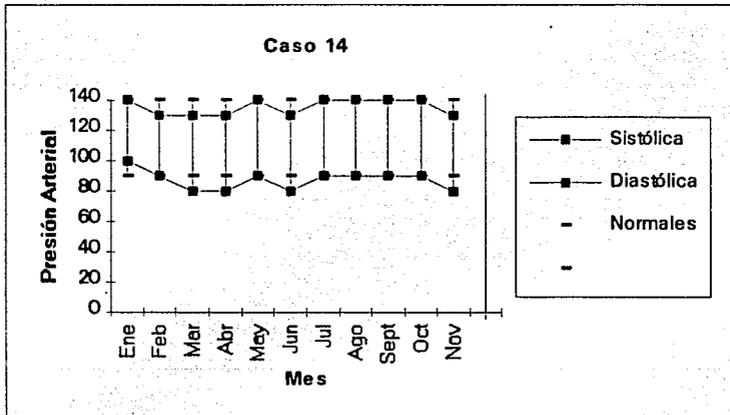
Gráfica 12.- Evolución de la tensión arterial durante el tiempo del estudio
Fuente.- Expediente clínico
Media 161/85



Gráfica 13.- Evolución de la tensión arterial durante el tiempo del estudio

Fuente.- Expediente clínico

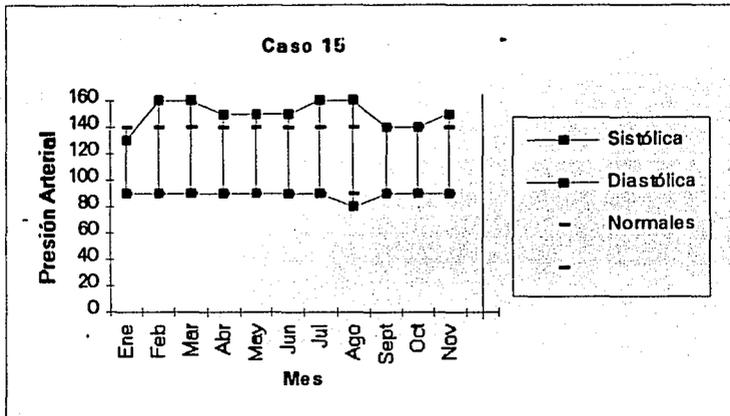
Media 144/87



Gráfica 14.- Evolución de la tensión arterial durante el tiempo del estudio

Fuente.- Expediente clínico

Media 135/87



Gráfica 15.- Evolución de la tensión arterial durante el tiempo del estudio

Fuente.- Expediente clínico

Media 150/90

Cuadro No. 1
Calificación de las evaluaciones de los participantes en el
Club de hipertensos del Hospital "Lázaro Cárdenas" de ISSSTE
1993-1994

| | Calificación Inicial | Calificación Final | Diferencia |
|---------|----------------------|--------------------|------------|
| Caso 1 | 8.7 | 10.0 | 1.3 |
| Caso 2 | 7.3 | 8.7 | 1.3 |
| Caso 3 | 9.3 | 10.0 | 0.7 |
| Caso 4 | 8.7 | 9.3 | 0.7 |
| Caso 5 | 8.0 | 8.7 | 0.7 |
| Caso 6 | 6.7 | 8.0 | 1.3 |
| Caso 7 | 8.7 | 9.3 | 0.7 |
| Caso 8 | 10.0 | 10.0 | 0.0 |
| Caso 9 | 8.7 | 9.3 | 0.7 |
| Caso 10 | 8.7 | 8.7 | 0.0 |
| Caso 11 | 8.0 | 9.3 | 1.3 |
| Caso 12 | 8.7 | 9.3 | 0.7 |
| Caso 13 | 7.3 | 8.7 | 1.3 |
| Caso 14 | 9.3 | 10.0 | 0.7 |
| Caso 15 | 8.7 | 9.3 | 0.7 |

Fuente : Cuestionario aplicado

P= 0.008

Cuadro No. 2
Peso inicial y final de los pacientes del club de hipertensos
Hospital ISSSTE "Lázaro Cárdenas" Chih.
1993-1994

| | Peso Inicial | Peso Final | Diferencia | % |
|---------|--------------|------------|------------|--------|
| Caso 1 | 85 | 80 | 5 | 5.88% |
| Caso 2 | 67 | 64 | 3 | 4.48% |
| Caso 3 | 75 | 74 | 1 | 1.33% |
| Caso 4 | 69 | 68 | 1 | 1.45% |
| Caso 5 | 72 | 73 | -1 | -1.39% |
| Caso 6 | 76 | 77 | -1 | -1.32% |
| Caso 7 | 67 | 64 | 3 | 4.48% |
| Caso 8 | 71 | 69 | 2 | 2.82% |
| Caso 9 | 94 | 89 | 5 | 5.32% |
| Caso 10 | 90 | 90 | 0 | 0.00% |
| Caso 11 | 104 | 99 | 5 | 4.81% |
| Caso 12 | 64 | 64 | 0 | 0.00% |
| Caso 13 | 64 | 62 | 2 | 3.13% |
| Caso 14 | 87 | 92 | -5 | -5.75% |
| Caso 15 | 75 | 76 | -1 | -1.33% |

Fuente : Expedientes clínicos.

Cuadro No. 3**Caso No. 1**

Evolución de los exámenes de laboratorio de los pacientes asistentes al club de hipertensos. Hospital "Lázaro Cárdenas" ISSSTE 1993-1994.

| | Feb | May | Ago | Nov | Promedio |
|---------------|-----|-----|-----|-----|----------|
| Glucosa | 120 | 110 | 120 | 110 | 115 |
| Colesterol | 250 | 200 | 216 | 200 | 217 |
| Triglicéridos | 190 | 167 | 185 | 170 | 178 |
| Urea | 24 | 30 | 30 | 30 | 29 |
| Creatinina | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

Fuente: Expediente clínico.

Cuadro No. 4**Caso No. 2**

Evolución de los exámenes de laboratorio de los pacientes asistentes al club de hipertensos. Hospital "Lázaro Cárdenas" ISSSTE. 1993-1994

| | Feb | May | Ago | Nov | Promedio |
|---------------|-----|-----|-----|-----|----------|
| Glucosa | 95 | 91 | 85 | 89 | 90 |
| Colesterol | 206 | 250 | 209 | 200 | 216 |
| Triglicéridos | 190 | 163 | 170 | 165 | 172 |
| Urea | 33 | 40 | 43 | 45 | 40 |
| Creatinina | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

Fuente : expediente clínico

Cuadro No.5**Caso No. 3**

Evolución de los exámenes de laboratorio de los pacientes asistentes al club de hipertensos . Hospital "Lázaro Cárdenas" ISSSTE. 1993-1994.

| | Feb | May | Ago | Nov | Promedio |
|---------------|-----|-----|-----|-----|----------|
| Glucosa | 87 | 87 | 83 | 87 | 86 |
| Colesterol | 268 | 268 | 243 | 250 | 257 |
| Triglicéridos | 470 | 210 | 219 | 209 | 277 |
| Urea | 39 | 39 | 39 | 38 | 39 |
| Creatinina | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 |

Fuente : expediente clínico

Cuadro No.6**Caso No. 4**

Evolución de los exámenes de laboratorio de los pacientes asistentes al club de hipertensos . Hospital "Lázaro Cárdenas" ISSSTE. 1993-1994.

| | Feb | May | Ago | Nov | Promedio |
|---------------|-----|-----|-----|-----|----------|
| Glucosa | 78 | 85 | 90 | 80 | 83 |
| Colesterol | 200 | 207 | 199 | 200 | 202 |
| Triglicéridos | 110 | 81 | 71 | 101 | 91 |
| Urea | 32 | 27 | 31 | 31 | 30 |
| Creatinina | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

Fuente : expediente clínico

Cuadro No.7**Caso No. 5**

Evolución de los exámenes de laboratorio de los pacientes asistentes al club de hipertensos . Hospital "Lázaro Cárdenas" ISSSTE. 1993-1994.

| | Feb | May | Ago | Nov | Promedio |
|---------------|-----|-----|-----|-----|----------|
| Glucosa | 87 | 87 | 85 | 91 | 88 |
| Colesterol | 210 | 210 | 220 | 248 | 222 |
| Triglicéridos | 220 | 180 | 210 | 238 | 212 |
| Urea | 29 | 29 | 32 | 30 | 30 |
| Creatinina | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

Fuente : expediente clínico.

Cuadro No. 8**Caso No. 6**

Evolución de los exámenes de laboratorio de los pacientes asistentes al club de hipertensos. Hospital "Lázaro Cárdenas" ISSSTE. 1993-1994

| | Feb | May | Ago | Nov | Promedio |
|---------------|-----|-----|-----|-----|----------|
| Glucosa | 89 | 90 | 95 | 90 | 91 |
| Colesterol | 163 | 165 | 173 | 190 | 173 |
| Triglicéridos | 170 | 235 | 280 | 200 | 221 |
| Urea | 32 | 33 | 31 | 27 | 31 |
| Creatinina | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

Fuente: Expediente Clínico.

Cuadro No. 9.

Caso No. 7.

Evolución de los exámenes de laboratorio de los pacientes asistentes al club de hipertensos. Hospital "Lázaro Cárdenas" ISSSTE. 1993-1994.

| | Feb | May | Ago | Nov | Promedio |
|---------------|-----|-----|-----|-----|----------|
| Glucosa | 139 | 174 | 119 | 124 | 139 |
| Colesterol | 251 | 260 | 207 | 240 | 240 |
| Triglicéridos | 180 | 200 | 200 | 200 | 195 |
| Urea | 33 | 33 | 33 | 33 | 33 |
| Creatinina | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

Fuente: Expediente Clínico.

Cuadro No. 10.

Caso No. 8.

Evolución de los exámenes de laboratorio de los pacientes asistentes al club de hipertensos. Hospital "Lázaro Cárdenas" ISSSTE. 1993 1994.

| | Feb | May | Ago | Nov | Promedio |
|---------------|-----|-----|-----|-----|----------|
| Glucosa | 119 | 120 | 103 | 103 | 111 |
| Colesterol | 306 | 255 | 286 | 260 | 277 |
| Triglicéridos | 638 | 316 | 413 | 315 | 421 |
| Urea | 24 | 30 | 30 | 30 | 29 |
| Creatinina | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

Fuente: Expediente Clínico.

Cuadro No. 11.

Caso No. 9.

Evolución de los exámenes de laboratorio de los pacientes asistentes al club de hiperensos. Hospital "Lázaro Cárdenas" ISSSTE. 1993-1994.

| | Feb | May | Ago | Nov | Promedio |
|---------------|-----|-----|-----|-----|----------|
| Glucosa | 119 | 120 | 105 | 103 | 112 |
| Colesterol | 115 | 120 | 145 | 115 | 124 |
| Triglicéridos | 192 | 160 | 155 | 90 | 149 |
| Urea | 34 | 39 | 39 | 39 | 38 |
| Creatinina | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 |

Fuente: Expediente Clínico.

Cuadro No. 12.

Caso No. 10.

Evolución de los exámenes de laboratorio de los pacientes asistentes al club de hipertensos. Hospital "Lázaro Cárdenas" ISSSTE. 1993-1994.

| | Feb | May | Ago | Nov | Promedio |
|---------------|-----|-----|-----|-----|----------|
| Glucosa | 126 | 126 | 134 | 130 | 129 |
| Colesterol | 178 | 167 | 205 | 170 | 180 |
| Triglicéridos | 170 | 155 | 180 | 160 | 166 |
| Urea | 42 | 37 | 28 | 40 | 37 |
| Creatinina | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

Fuente: Expediente Clínico.

Cuadro No. 13.

Caso No. 11.

Evolución de los exámenes de laboratorio de los pacientes asistentes al club de hipertensos. Hospital "Lázaro Cárdenas" ISSSTE. 1993-1994.

| | Feb | May | Ago | Nov | Promedio |
|---------------|-----|-----|-----|-----|----------|
| Glucosa | 88 | 90 | 93 | 90 | 90 |
| Colesterol | 250 | 243 | 268 | 243 | 251 |
| Triglicéridos | 198 | 205 | 188 | 190 | 195 |
| Urea | 45 | 45 | 52 | 52 | 49 |
| Creatinina | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

Fuente: Expediente Clínico.

Cuadro No. 14.

Caso No. 12.

Evolución de los exámenes de laboratorio de los pacientes asistentes al club de hipertensos. Hospital "Lázaro Cárdenas" ISSSTE. 1993-1994.

| | Feb | May | Ago | Nov | Promedio |
|---------------|-----|-----|-----|-----|----------|
| Glucosa | 389 | 198 | 119 | 149 | 214 |
| Colesterol | 290 | 205 | 210 | 204 | 227 |
| Triglicéridos | 200 | 195 | 190 | 184 | 192 |
| Urea | 46 | 44 | 44 | 44 | 45 |
| Creatinina | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

Fuente: Expediente Clínico.

Cuadro No. 15.

Caso No. 13.

Evolución de los exámenes de laboratorio de los pacientes asistentes al club de hiperensos. Hospital "Lázaro Cárdenas" ISSSTE.

1993-1994.

| | Feb | May | Ago | Nov | Promedio |
|---------------|-----|-----|-----|-----|----------|
| Glucosa | 95 | 98 | 102 | 107 | 101 |
| Colesterol | 248 | 263 | 255 | 191 | 239 |
| Triglicéridos | 297 | 204 | 204 | 195 | 225 |
| Urea | 33 | 37 | 44 | 44 | 40 |
| Creatinina | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

Fuente: Expediente Clínico.

Cuadro No. 16.

Caso No. 14.

Evolución de los exámenes de laboratorio de los pacientes asistentes al club de hiperensos. Hospital "Lázaro Cárdenas" ISSSTE.

1993-1994.

| | Feb | May | Ago | Nov | Promedio |
|---------------|-----|-----|-----|-----|----------|
| Glucosa | 111 | 128 | 120 | 126 | 121 |
| Colesterol | 206 | 210 | 205 | 206 | 207 |
| Triglicéridos | 113 | 115 | 116 | 113 | 114 |
| Urea | 34 | 34 | 28 | 28 | 31 |
| Creatinina | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

Fuente: Expediente Clínico.

Cuadro No. 17.

Caso No. 15.

Evolución de los exámenes de laboratorio de los pacientes asistentes al club de hiperensos. Hospital "Lázaro Cárdenas" ISSSTE.

1993-1994.

| | Feb | May | Ago | Nov | Promedio |
|---------------|-----|-----|-----|-----|----------|
| Glucosa | 117 | 117 | 123 | 112 | 117 |
| Colesterol | 278 | 253 | 248 | 247 | 257 |
| Triglicéridos | 195 | 210 | 195 | 205 | 201 |
| Urea | 36 | 34 | 33 | 33 | 34 |
| Creatinina | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |

Fuente: Expediente Clínico.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Dr. Hector Hernández Hdez, Dr. Ignacio Chávez, Dr. Domingo Hurtado. Tratamiento de la hipertensión arterial. Guia de prescripción terapéutica volumen 4 del sistema nacional de salud. Abril 30 1993. Comité editorial José de Jesús Villalpando, Alberto Lifshitz, Raul Gutierrez y Gutierrez.
- 2.- J. R. Gonzalez - Juanatey. Hipertensión arterial. Donde estamos y hacia donde vamos?. Med. Clin. (Barc) 1994, 102: 54,56.
- 3.- Lim To, Ng ah B A. The Menta Kab Hipertensión study project part II. Why do hipertensives drop out of treatment?. Singapure medical journal 32: 249- 251. 1991
- 4.- Marley J. , Davis N. , Joy M. Is the non farmacological treatment of hipertensión neglected?. Journal of the Royal Society of Medicine 84: 540-541, 1991.
- 5.- I. Amigo, J. Herrera. La hipertensión de bata blanca. Unidad de hipertensión. Hospital central de Asturia. Medic. Clin. (Barc) 1994 102 : 64-66.
- 6.- I. Amigo, J. Herrera. Hipertensión y estrés. Med. Clin. Vol. 101 num. 104 1993 , pag 541 y 542.
- 7.- Liga Mundial contra la Hipertensión. El ejercicio fisico en el tratamiento de la hipertensión arterial. Balof Saint Panam 114 (4). 1993, pag, 326-333.
- 8.- Dr. Eduardo Meaney. Hipertensión arterial Sistemica, Mecanismos, diagnóstico y tratamiento. Vol 3 pag. 24-26.
- 9.- Luft FC, Miller J2, Cohen SJ et. al. . Heritable aspects of salt. Sensivity. A. M. J Cardiol 1988; 61- 1:H 6:H
- 10.- MC Gill HC. The Cardiovascular Pathology of smoking . Am heart J 1988, 115: 250-257.

- 11.- Meaney E, Rivera JM. La lucha contra el tabaquismo en la prevención de la aterosclerosis en México. En Cueto Garcia L. Op. Cit pag. 73-79.
- 12.- Mac Mahon. S. alcohol consumption and hipertensión 1987; 9: 111-121.
- 13.- A Roca - Cusachs et. al. Calidad de vida en hipertensión arterial. Med, Clin. vol. 98 num. 13 1992.
- 14.- M. Ferran et. al. Educación sanitaria en hipertensión arterial: Evaluación de un curso dirigido a hipertensos mal controlados. Vol. 7 # 3. Marzo 1990.
- 15.- R Vilaplana- Vivancos et. al. Implementación del protocolo de hipertensión en una area básica de salud como base para una auditoria médica. Atención Primaria. Vol. 13 # 6 15 de abril 1994.
- 16.- Atención Primaria vol 4 num. 1, enero-febrero.1987.
- 17.- Dr. Eduardo Meaney. Hipertensión arterial sistémica. Mecanismos Diagnóstico y tratamiento. Tomo 1.
- 18.- Norman Kaplan, MD. Actualizaciones en hipertensión clínica. Vol. 1 Marzo de 1993. Editorial Médica Hispanoamericana.
- 19.-Davidson. Hipertensión primaria e indicadores de riesgo. Medicine in Review. Vol. 1 No. 1 , 1993 pag. 2, 3, 4 y 5.
- 20.- M.F. Oliver. Como asesorar a los pacientes sobre el colesterol y las Cardiopatías. ace inhibicion. Adis internacional. Vol 1. No. 3 1992 Pag. 37, 38 y 39.
- 21.- El Manual Merck. Octava Edición Española. Editorial DOYMA. Págs. 429- 442.