

1122672  
71

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO**

Facultad de Medicina  
División de Estudios de Postgrado  
Instituto Mexicano del Seguro Social

**REPERCUSIONES DE LA INFLUENCIA FAMILIAR DE ACUERDO A SU  
CONOCIMIENTO DE LA ENFERMEDAD, EN EL PACIENTE CON  
HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL.  
LIMF No. 8 IMSS**

**TESIS**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
**ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR**  
PRESENTA  
*DR. JI. ULISES MACEDO ROMERO.*

México D.F., 1997

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



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

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

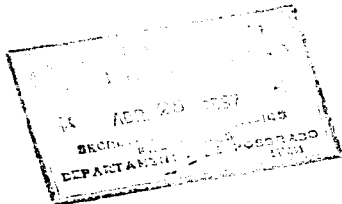
Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

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

## *DEDICATORIA*

*El inicio de este trabajo a mi madre **María Teresa Romero Villanueva**  
por su paciencia, y su culminación a **María Guadalupe Chávez Martínez**,  
así como a mi padre el Profr. **Ernestino Macedo Romero** y  
mis hermanas **Mitnarva, Diana y Claudia**.*

*Dra. Margarita Mescudo del Rio*  
Jefe de Enseñanza e Investigación  
Hospital General de Zona No. 8



*Dra. Martha Beatriz Altamirano Garcia*  
Profesor titular de la Residencia de Medicina Familiar y asesora de tesis  
Hospital General de Zona No. 8

*Dr. Miguel A. San Roman Márquez*  
Asesor de Tesis.  
Hospital General de Zona No. 8



## INDICE

DEDICATORIA	
INTRODUCCION.....	1
MARCO TEORICO.....	3
Conceptos básicos	
Cifras de hipertensión arterial	
Tipos de hipertensión	
Síntomas	
Terapia no farmacológica	
Terapia farmacológica	
La dinámica familiar	
Apgar familiar	
Educación para la salud	
MATERIAL Y METODO.....	16
RESULTADOS.....	17
DISCUSION.....	23
CONCLUSIONES.....	24
PROPUESTAS.....	25
AGRADECIMIENTOS.....	25
ANEXOS.....	26
BIBLIOGRAFIA.....	43

## INTRODUCCION

La Hipertensión Arterial esencial o primaria es un padecimiento crónico de alta prevalencia, que ocasiona un gran número de muertes e incapacidades en nuestro país, además de ser también un importante factor de riesgo de enfermedades aterosclerosas. En México la prevalencia de hipertensión arterial encontrada en la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas es de 24.6% en la población de 20 a 69 años de edad, permite calcular que existen alrededor de 8 000 000 de hipertensos en nuestro país, de los cuales más del 60% lo desconoce<sup>1</sup>.

Según las distintas definiciones y pautas de tratamiento, entre un 5 y un 25% de la población adulta global presenta una presión sanguínea suficientemente elevada para que requiera algún tipo de intervención médica, siendo un grave problema de salud pública a nivel nacional y mundial<sup>3</sup>.

El control de la hipertensión antes del inicio de la afectación orgánica es una labor de **prevención** y no de tratamiento. La alta incidencia continuada de ictus, retinopatía, nefropatía, insuficiencia cardíaca aguda y crónica, demencia por infartos múltiples y las restantes complicaciones de la hipertensión, las cuales pueden prevenirse, son una prueba clara de que la existencia de una política activa que estimule la organización en la estructura, proceso y resultados de la atención otorgada.

Aunque existen muchos trabajos sobre el tema de la hipertensión, pocos hablan y dan importancia a la educación de la enfermedad y mucho menos a la **educación de la familia**, si tomamos esto como base, podríamos suponer que el médico familiar, la enfermera, la trabajadora social, etc. no están orientando "*suficientemente*" a las familias que tienen a un integrante, con esta patología, con el consecuente mal manejo de la misma por los familiares<sup>2</sup>.

En varios estudios se han hecho programas de entrenamiento o enseñanza de los pacientes, sin incluir o incluyendo parcialmente a la familia como German 1994 en su evaluación del programa de autocuidado.

La función de la medicina familiar (junto con el equipo paramédico) es apoyar y colaborar con las familias, incluirlas en el proceso, como parte

de la atención integral, y no solo a un individuo aislado con alguna patología, se deben transmitir los conocimientos para que puedan manejar las enfermedades más comunes y enseñarles como detectar tempranamente algunas manifestaciones patológicas a fin de evitar complicaciones que pueden llevar a secuelas o incluso la muerte. Esto mediante la función de educador, inherente en todo médico, mediante un lenguaje sencillo y entendible.

Si bien es cierto que las reacciones de la familia ante la presencia de una enfermedad dependerán de varios factores: del tipo de familia, la cultura y la educación de cada miembro; del desarrollo familiar y de las ideas sobre la salud frente a enfermedades específicas y su tratamiento, las actitudes de los parientes acerca del dolor, invalidez, regímenes terapéuticos, o de una enfermedad como la hipertensión, pueden establecer la reacción del paciente a sus síntomas y/o complicaciones.

La influencia familiar más frecuentemente sobre el paciente es la negativa, y es al mismo tiempo la más fácil de corregir, esta en el campo de la información; muchas familias bien intencionadas tienen información equivocada o carecen de ella.

El presente estudio tuvo como objetivo conocer la asociación entre el conocimiento de los familiares sobre la enfermedad de su paciente hipertenso y la posible alteración sobre su control.

## **MARCO TEORICO**

La importancia sobre el conocimiento de las repercusiones anatomopatológicas y fisiopatológicas de la Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) sobre los órganos llamados diana corazón, aorta, cerebro, retina y riñón, tiene mayor relevancia ante la cada vez mayor frecuencia de este padecimiento.

Claramente se han observado los cambios arteriales patológicos como es el aumento de la masa de su pared, en arterias de todos tamaños, afectando las capas medias e íntima, lo que en grandes vasos provoca pérdida en la distensibilidad y facilita o acrecienta el proceso aterosclerótico. El daño que se produce en la microvasculatura (nifalnosis, necrosis, fibrinóide, etc.) suele ofrecer consecuencias hemodinámicas acrecentando la respuesta a cualquier estímulo vasoconstrictor.

Las repercusiones parenquimatosas son dos, la hipertrofia ventricular izquierda y la esclerosis glomerular; por la primera se puede originar cardiopatía hipertensiva que se expresa por isquemia miocárdica, disfunción diastólica o sistólica y arritmia. La esclerosis glomerular condiciona deterioro de la función renal pudiendo alcanzar un estado de insuficiencia renal terminal.

Por otro lado la HAS puede provocar aneurisma de la aorta y disección de la misma; daño sobre la retina, el cerebro y enfermedad vascular periférica.

La HAS es un proceso crónico que por tiempo variable, pero frecuentemente prolongado, suele ser silencioso; esta característica propicia en buena forma su difícil detección y el control de la enfermedad. Esta peculiaridad debe contemplar su búsqueda sistemática en la población general.

Antes de catalogar a una persona como hipertensa se debe ratificar el signo (que se obtuvo en condiciones adecuadas en por lo menos 3 ocasiones en el transcurso de meses). El siguiente paso será detectar sus posibles causas, ya que si bien en la mayoría se trata de HAS esencial o primaria, puede deberse a causas muy variadas.

Le sigue la identificación de la fase evolutiva, comprendiendo en ésta el daño que la HAS provoca sobre los vasos y otras estructuras orgánicas. El conocimiento del proceso de afectación de los órganos diana es fundamental para realizar una evaluación precisa, identificar el pronóstico y conducir el tratamiento.

### **Presión arterial:**

Es la tensión que resulta de la fuerza que ejerce la sangre sobre las paredes arteriales para permitir el flujo sanguíneo.

### **Cifras de hipertensión arterial**

Son las cifras de presión arterial que con el tiempo implican riesgo cardiovascular. Para sujetos de 18 años y mayores, en los que se registra elevación sostenida de la presión arterial, sistólica y/o diastólica, considerando como mínimo el promedio de 2 mediciones en condiciones estándar, en 2 días diferentes, con intervalo de 1 a 8 días y en circunstancias similares. Cuando las cifras tensionales se ubiquen en la clase severa o muy severa, es suficiente una medición (Tabla 1)".

### **Tipos de Hipertensión:**

Hipertensión primaria, en el 95% de los casos de hipertensión, en personas entre los 18 y 65



**Tabla 1. Clasificación de presión arterial para adultos de 18 años y mayores\***

Categoría	Sistólica, mm Hg	Diastólica, mm Hg
Normal	<130	<85
Normal alta	130-139	85-89
Hipertensión		
Estadio 1 (leve)	140-159	90-99
Estadio 2 (moderado)	160-179	100-109
Estadio 3 (severa)	180-209	110-119
Estadio 4 (muy severa)	>210	>120

\*Sin tomar medicamentos antihipertensivos ni enfermedad aguda. Cuando las presiones sistólica y diastólica caigan en diferentes categorías, se escogerá la categoría más alta. Reportar si hay enfermedad o órgano blanco

años, no se identifica ninguna causa, por lo tanto su hipertensión debe ser considerada como primaria, esencial o idiopática.

Hipertensión secundaria (frecuencia aproximada):

- Enfermedad renal de origen parenquimatoso 3-4%
- Hipertensión renovascular 0.5-1%
- Hipertensión de origen endocrinológico 0.1-0.3% (Feocromocitoma, Síndrome de Cushing, Aldosteronismo primario)

**Tabla 2 Indicadores de hipertensión secundaria**

- Hipertensión seria (presión diastólica  $\geq 115$  mm Hg)
- Hipertensión resistente a los medicamentos adecuados (incluyendo el tratamiento con 3 fármacos)
- Hipertensión en una persona menor de 20-30 años de edad
- Hipertensión que empeora con rapidez después de un periodo de control farmacológico relativamente bueno.
- Hipertensión acompañada de signos o síntomas que indican una causa secundaria específica, como las manifestaciones de estimulación excesiva por catecolaminas en el feocromocitoma, soplos renales en las enfermedades renovasculares, hipocalcemia sin tratamiento con diuréticos en el aldosteronismo primario; aumento en el tamaño de los riñones o alteraciones en la creatinina. El BUN o el examen de orina en las enfermedades del parénquima renal; biotipo característico en la enfermedad de Cushing; falta o retardo del pulso femoral en la coartación de la aorta
- Hipertensión que aparece en las mujeres que utilizan anticonceptivos orales que contienen estrógenos.
- Hipertensión con una actividad de retina plasmática en el límite superior o elevada.

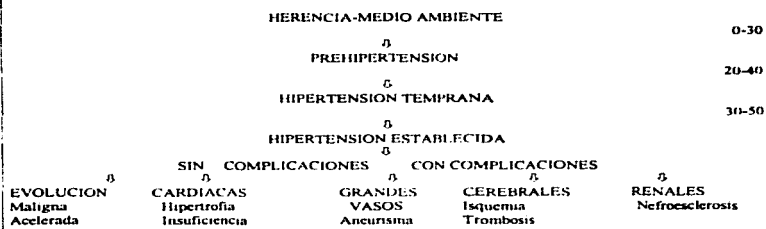
-Causas misceláneas 0.1-0.3%, (Tabla 2).

Hipertensión primaria:

La causa específica es desconocida. Se sabe que existe una predisposición genética con una incidencia dos veces mayor en aquellas personas que tenga un familiar cercano hipertenso. Los factores ambientales que podrían aumentar esta incidencia incluyen (Figura 1):

- Obesidad principalmente en la porción superior del cuerpo.
- Estrés psicogénico.
- Alta ingestión de sodio.
- Consumo de alcohol en cantidades mayores a 30 ml al día.

**FIGURA 1. EVOLUCION NATURAL DE LA HIPERTENSION PRIMARIA NO TRATADA**



Pueden estar involucradas ciertas deficiencias en el transporte de sodio a través de la membrana celular y una concentración intracelular elevada de sodio y calcio

La enfermedad frecuentemente:

- se presenta entre los 30 y 50 años
- es lentamente progresiva
- se mantiene asintomática hasta que aparece un daño significativo en los órganos blanco después de 10 a 20 años.

Los síntomas de hipertensión:

Existen 2 grupos de síntomas de hipertensión: síntomas propios de hipertensión y síntomas asociados a hipertensión.

Cuando la presión diastólica alcanza 130 mm Hg o más son más frecuentes las cefaleas en los individuos hipertensos que en los controles normotensos, no obstante por debajo de este límite no existe ninguna diferencia entre la prevalencia de cefalea en muestras randomizadas en la población general. Robinson (1969) analizó la relación entre los síntomas hipertensivos clásicos (cefalea, mareo, disnea, cansancio, palpitaciones, insomnio, ansiedad y depresión) con el nivel de presión sanguínea y con la decisión del paciente de consultar al médico o del médico para determinarle la presión. El único síntoma que muestra una asociación significativa con la presión es la disnea, y ésta parece estar asociada etiológicamente con la obesidad.

Debe llevarse a cabo en la mayoría de los pacientes hipertensos una evaluación, para poder determinar el daño a los órganos blanco, descartar la presencia de causas secundarias y evaluar el riesgo cardiovascular:

- Hematocrito
- Análisis de orina
- Química sanguínea completa (creatinina, glucosa, sodio, potasio, colesterol)
- Electrocardiograma (ECG)

Dos pruebas adicionales, que han demostrado ser más sensibles para determinar el grado de severidad de la hipertensión: la ecocardiografía, que detecta la hipertrofia ventricular

izquierda de forma más temprana que el ECG, y el registro ambulatorio de la presión arterial durante 24 horas, predice el desarrollo de daño en órganos blanco de forma más precisa, comparada con las mediciones obtenidas en el consultorio.

#### **Terapia no farmacológica**

Una vez que se diagnostica la hipertensión y se evalúa al paciente, debe instituirse un tratamiento. Tanto si se utilizan medicamentos como si no, se deberá ofrecer un conjunto de medidas terapéuticas no farmacológicas a todos los pacientes con cualquier grado de hipertensión.

**Reducción de peso.** Casi la mitad de los hipertensos presenta sobrepeso. A medida que se gana peso, la presión arterial tiende a subir, si se pierde peso, la presión generalmente baja.

La hiperinsulinemia está presente en la gente obesa, particularmente en aquellos cuya obesidad es predominantemente en el abdomen y en la parte superior del cuerpo. Los niveles altos de insulina pueden elevar la presión arterial.

**Dieta.** Debe aplicarse una restricción calórica apropiada a cada paciente en particular. Para la mayoría una dieta de 1200 cal baja en grasas, ocasionara una pérdida de peso gradual sin molestias. Para algunos, se pueden requerir dietas más restrictivas tales como, la sustitución de 400-600 cal al día y con un apropiado suplemento de vitaminas y electrolitos.

**Restricción de sodio.** La restricción de la ingesta de sodio a 2 g por día (88 mmol o 5 g de cloruro de sodio), reducirá la presión arterial de 5 a 10 mm Hg en un número significativo de hipertensos "sensibles al sodio". Este grado de restricción se puede obtener eliminando comidas saladas, alimentos procesados y eliminar el salero de la mesa y la cocina. El cloruro de potasio puede utilizarse como un sustituto de la sal.

Se requiere estar consciente del sodio oculto presente en la mayoría de las comidas procesadas tales como vegetales, enlatados y cereales comerciales. Las comidas frescas o congeladas sin procesar deberán usarse siempre que sea posible.

Aunque no todos los pacientes responderán a dicha restricción moderada de sodio, no se provocara ningún daño si se regresa a la dieta natural baja en sodio consumida por la raza humana a lo largo de la historia. La reducción de sodio puede reducir la pérdida de potasio si se dan diuréticos y las comidas frescas bajas en sodio probablemente tendrán cantidades más grandes de potasio que las que están presentes en sus formas procesadas.

**Otros cambios dietéticos.** La corrección de la hipokalemia puede reducir la presión arterial. Aunque los suplementos de KCl han demostrado reducir la presión arterial en hipertensos con niveles normales de potasio, los alimentos naturales ricos en potasio deberían sustituir a los alimentos ricos en sodio.

**Suplemento de calcio.** En algunos pacientes, se ha visto que 1 a 2 g de calcio suplementario al día, pueden reducir la presión arterial. Estos pacientes pueden ser aquellos que padecen hipercalcemia los cuales, debido a la reducción de los niveles de calcio sérico ionizado, pueden presentar unos niveles elevados de la hormona paratiroidea, la cual como consecuencia eleva la presión arterial. A pesar de que el calcio suplementario puede reducir la presión arterial, la hipercalcemia puede agravarse.

**Suplemento de Magnesio.** Los suplementos de magnesio no han demostrado que bajen la presión arterial, de una forma consistente. Sin embargo, los pacientes que tienen deficiencias,

tanto de magnesio como de potasio, pueden no ser capaces de almacenar potasio, a menos que se les administre magnesio.

Disminución de grasa, incremento de fibra. La ingesta de una dieta con grasas poco saturadas y altamente insaturadas, reducirá la presión arterial. El efecto puede ser atribuible a un incremento en la síntesis de las prostaglandinas vasodilatadoras. Un estudio ha mostrado una baja en la presión arterial con una dieta alta en fibras.

Moderación en la ingesta de alcohol. Además de añadir unas calorías, el consumo de alcohol puede elevar la presión arterial. Unos 30 ml de alcohol al día probablemente no elevarán la presión, si no que proveerá de protección contra la enfermedad y la mortalidad coronaria. Esto puede ser en cualquiera de las siguientes formas: 2 cervezas, 2 vasos de vino ó 2 bebidas mezcladas.

Sin embargo el consumo de más de 30 ml de alcohol se asocia con presión arterial más alta.

**Otros.** Además de los cambios en la alimentación, otras terapias sin medicamentos pueden ayudar a reducir la presión arterial. Estas incluyen los ejercicios isotónicos y alguna de las formas de terapia de relajación. También se ha hablado de otras modalidades, tan variadas como el ajo y la acupuntura, pero su eficacia no ha sido demostrada en ensayos clínicos correctamente controlados.

#### **La decisión de usar medicamentos**

Los pacientes con hipertensión leve sin complicaciones, no necesitan iniciar inmediatamente con medicamentos antihipertensivos, aunque el inicio inmediato de la terapia se ha convertido en una práctica común, se recomienda un enfoque más conservador por las siguientes razones:

1. Riesgo pequeño a corto plazo, y no hay peligro en posponer la terapia hasta que se asegure la permanencia de la hipertensión y se intente disminuir la PSD mediante terapias sin medicamentos.
2. Pacientes con presión arterial persistentemente más baja después de 2 a 3 meses de mediciones repetidas. Sin embargo, si se convierten en normotensos, deberán permanecer bajo supervisión, ya que se pueden convertir en hipertensos.
3. Las terapias sin medicamentos pueden hacer que disminuya la presión y que se mantenga en este estado.
4. Todas las terapias con medicamentos tienen riesgos, costos y efectos secundarios.

La protección. A pesar de sus riesgos, los medicamentos se indicarán si existen evidencias claras de que protegen contra la morbilidad cardiovascular y la mortalidad.

Los efectos secundarios. En la mayor parte de los estudios clínicos a gran escala, de 20-40% de los pacientes que iniciaron una terapia con medicamentos la abandonaron, la mitad aproximadamente debido a reacciones adversas. Aun más personas que las comprendidas en este porcentaje tendrán uno o más efectos secundarios. Aunque la mayoría de éstos efectos son leves y frecuentemente transitorios, pueden y de hecho interfieren con la calidad de vida. Algunos como la lentitud mental, pueden ser tan sutiles que pasan desapercibidos al paciente (aunque son frecuentemente notados por las personas que lo rodean). Otros, como la impotencia, pueden no ser comentados, ni relacionados con el medicamento.

Así, la decisión de iniciar una terapia con medicamentos no deberá ser tomada a la ligera, sino considerando, cuidadosamente las posibles complicaciones. Deberá existir una certidumbre razonable de que los beneficios superaran a los riesgos y a los efectos secundarios.

#### **Lineamientos generales para la terapia con medicamentos.**

**Cumplimiento del paciente.** Casi la mitad de los pacientes que inician una terapia antihipertensiva, no la estarán continuando, 1 año después. La mayoría de las personas simplemente dejan el medicamento debido a:

- seguimiento inadecuado,
- falta de percepción de un beneficio,
- efectos secundarios.

**Se debe tener cuidado para prescribir medicamentos en una forma que:**

- Pueda ser fácilmente recordada por las personas sintomáticas
- interfiera lo menos posible con varias actividades
- ocasiona pocos efectos secundarios (Tabla 3).

**Lineamientos terapéuticos.** Estos deberán ayudar a mejorar el cumplimiento del paciente con la terapia:

- Establecer la meta, reducir la presión arterial abajo de 140/90 mm Hg con efectos secundarios mínimos o ninguno.
- Educar al paciente sobre su enfermedad y su tratamiento.
- Mantener contacto con el paciente.
- Alejar visitas y llamadas a personal de salud relacionado.
- Ponerse en contacto con los pacientes que no regresan.
- Mantener los cuidados a un bajo costo y simples.
- Efectuar las preparaciones mínimas necesarias para regular las causas secundarias.
- Obtener información de seguimiento de laboratorio sólo cada año, a menos que se necesite con mayor frecuencia.
- Usar lecturas de presión arterial en casa.
- Usar terapias sin medicamentos, sin costo.
- Usar las dosis mínimas diarias de los medicamentos necesarios.
- De ser apropiado, usar tabletas combinadas.
- Prescribir de acuerdo con los principios farmacológicos.
- Añadir un medicamento a la vez.
- Empezar con dosis pequeñas, teniendo como objetivo reducciones entre 5 a 10 mm Hg en cada paso.
- Evitar una sobrecarga en volumen con diuréticos adecuadas y restricción de sodio.
- Interromper las terapias que no tengan resultado e intentar un enfoque diferente.
- Si la terapia tiene éxito, únicamente en parte, pueden añadirse medicamentos adicionales de diferentes clases, de preferencia uno a la vez, en dosis suficientes para lograr la meta de la terapia.
- Prever efectos secundarios.
- Ajustar la terapia para aminorar los efectos secundarios que no desaparecen espontáneamente.
- Estar consciente del problema y estar alerta para detectar indicaciones de falta de apego del paciente; pedirle al paciente que lleve los medicamentos al consultorio, de forma que se puedan contar las pastillas y verificar las veces que se reabasteció el medicamento, si no ha habido respuesta en la presión arterial.

#### **Diuréticos.**

**Tiazidas.** Son derivados de la sulfonamida que provocan entre un 5 a 8% de la carga de sodio filtrado sea excretada mediante el bloqueo de la reabsorción en el túbulo distal proximal en el segmento de dilución cortical.

Para disminuir la presión arterial, los diuréticos deben inducir inicialmente una natriuresis, que reduce la volemia. Esto activa varios mecanismos responsables del mantenimiento del volumen, particularmente el sistema renina- angiotensina-aldosterona. Estos a su vez limitan el grado de la reducción del volumen.

Al mismo tiempo, el uso continuo del diurético conduce a una disminución de la resistencia vascular periférica (principal efecto antihipertensivo).

Las tiazidas tienen una curva dosis-respuesta relativamente plana, de forma que la mayor parte del efecto antihipertensivo se logra con dosis bajas.

Los efectos adversos por el uso de diuréticos pueden ser alérgicos o, más comunes son los cambios bioquímicos como la hipokalemia, hipercolesterolemia, intolerancia a la glucosa, hiperuricemia, hipercalcemia, hiponatremia e hipomagnesemia.

De asa y ahorradores de K<sup>+</sup>. Están principalmente indicados en aquellos pacientes con una función renal disminuida, cuando las tiazidas son inefectivas o cuando existe la necesidad de diuréticos más potentes.

Los ahorradores de potasio son útiles para reducir la pérdida de potasio inducida con tiazida y tratar específicamente el aldosteronismo.

#### **Inhibidores adrenérgicos:**

La segunda clase más importante de drogas son aquellas que inhiben la actividad del sistema nervioso adrenérgico (simpático), los sitios primarios de acción varían desde el cerebro hasta las neuronas periféricas. Algunas actúan como inhibidoras competitivas de alfa-receptores y otras como bloqueadores o betareceptores.

**Periféricos.** Estos se encuentran entre los antihipertensores usados por mayor tiempo, pero han perdido mucha popularidad al aparecer otros agentes.

**Agonistas centrales.** Actúan como agonistas receptores alfa<sup>2</sup>, principalmente en los centros vasomotores dentro del cerebro, disminuyendo así el flujo desde el sistema nervioso central. Como resultado, se reduce ligeramente el rendimiento cardíaco, pero el efecto hemodinámico principal es una disminución en la resistencia vascular periférica.

**Alfabloqueadores.** Tienen una afinidad mayor para los receptores alfa<sup>1</sup> postsinápticos localizados en las células vasculares del músculo liso que para los receptores alfa<sup>2</sup> presinápticos localizados en la membrana neuronal. La captación selectiva por parte de los receptores alfa<sup>1</sup> bloquea la captación de las catecolaminas por las células del músculo liso, mitigando así la vasoconstricción e induciendo vasodilatación periférica.

**Beta bloqueadores.** Los betabloqueadores se han convertido en la segunda droga más empleada después de los diuréticos. Tienen diversas ventajas, pero es necesario considerar los efectos adversos que tienen sobre los lípidos. Aquellos que tienen una actividad parcial agonista o intrínseca simpatomimética podrían proporcionar todas las ventajas con menos efectos colaterales.

Los betabloqueadores sin actividad simpaticomimética intrínseca (ASI) reducen la presión arterial debido a: reducción del gasto cardíaco, inhibición de la liberación de renina, reducción de la liberación de norepinefrina de las neuronas, disminución de la actividad vasomotora central.

Los betabloqueadores con ASI disminuyen la presión arterial sin reducir el gasto cardíaco, y pueden disminuir las resistencias periféricas originando una estimulación simpática, en tanto que bloquean los efectos endógenos de las catecolaminas. Estos medicamentos causan menos bradicardia y frío en las extremidades.

#### **Vasodilatadores:**

**Acción directa.** Los vasodilatadores son efectivos y en general son bien tolerados. No obstante, su uso se verá limitado al compararlos con inhibidores de la ECA y bloqueadores del ingreso de calcio, igualmente efectivos, y con menos efectos secundarios.

**Calcio antagonistas.** Los calcioantagonistas son antihipertensivos efectivos. Se emplean ampliamente hoy día ya que se encuentra disponible un mayor número de agentes vasoselectivos. El potencial que tienen los CAs para proteger contra el daño vascular y cardíaco, así como la capacidad de reducir la presión arterial particularmente en pacientes ancianos, sugiere que se convertirán en agentes de uso antihipertensivo muy común.

**Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina.** Estos fármacos se usan ampliamente en el tratamiento de la hipertensión ligera o severa así como en formas resistentes. Actúan especialmente bien en aquellas con niveles de renina elevados incluyendo aquellos pacientes tratados con diuréticos, se ha visto que en pacientes con niveles de renina elevados normales sugieren que puede corregirse un defecto intrínseco de la respuesta tisular de la angiotensina II.

#### **Terapia escalonada vs sustitución individualizada**

La elección de la primer droga. En el tratamiento inicial se puede elegir entre un gran número de drogas. La elección debe hacerse cuidadosamente. Si el paciente tiene buena respuesta, se puede suministrar la droga durante varios años, aunque se deben evitar efectos colaterales que ha nivel bioquímico no se observen. Si el paciente no tiene una buena respuesta o tiene efectos colaterales importantes con la primer droga, es importante que se le invite a que vuelva a llevar un seguimiento médico continuo.

La mayoría de los pacientes tienen una hipertensión moderada que puede ser manejada adecuadamente con una droga. En la mayoría las muestras terapéuticas que tenían pacientes con PAD que iban de 90 a 109 mm Hg, y entre un 40-60% de los pacientes habían conseguido reducir su presión a menos de 90 con un solo medicamento (inclusive tenían una baja absoluta de por lo menos 10 mm Hg). Es por ello reviste tanta importancia la elección de la primer droga.

**Selección del medicamento.** Para hacer la elección más adecuada es importante considerar diversas características de cada paciente, en lugar de emplear un solo medicamento para ellos; se trata de hallar una droga capaz de disminuir la presión arterial al nivel deseado y dejar al paciente sin molestias de los efectos colaterales adversos. Las tres características que pueden ser más útiles a considerar son las personales, estilo de vida y enfermedades concomitantes (Tabla 3).

Algunos expertos sugieren que el tratamiento debe estar basado en medidas bioquímicas,

**Tabla 3. Selección de Medicamentos I**

Antes de pensar en que tipo de medicamento utilizar, es importante recordar cuales están contraindicados o no son deseables, en especial, como frecuentemente sucede, si el hipertensivo sufre con un problema concomitante.

CONDICION	CONTRAINDICADO	NO DESEABLE	PREFERIR
Insuf. cardiaca	Betabloqueadores	Agonistas-Ca+	Diuréticos IECA
Asma	Betabloqueadores	Diuréticos	Antagonista-Ca+ IECA
Diabetes	Betabloqueadores	Diuréticos	Antagonista-Ca+ IECA
Dislipidemia		Betabloqueadores Diuréticos	Alfabloqueadores Antagonista-Ca+ IECA
S. Reynaud	Betabloqueadores		Antagonista-Ca+
Embarazo	IECA	Betabloqueadores Diuréticos	Metildopa Hidralacina Antagonista-Ca+ Betabloqueadores IECA
Infarto agudo		Antagonista-Ca+	Antagonista-Ca+ Betabloqueadores IECA
Angina de pecho	Hidralacina		Antagonista-Ca+ Betabloqueadores
Fumador intenso	IECA	Betabloqueadores	Antagonista-Ca+ Diuréticos
Depresión	Reserpina	Metildopa	IECA
Hiperuricemia	Diuréticos		IECA
Hipopotasemia	Tiacídicos y de asa		IECA
Hiperpotasemia	IECA, ahorrador de K+		Tiacídico
Insuficiencia renal	Ahorrador de K+	Diurético tiazídico	Diurético de asa IECA
Hipertrofia ventricular Osteoporosis	Hidralacina	Dihidropiridinas Dirético de asa	IECA Tiacídico

**Tabla 4. Selección de medicamentos II**

El estilo de vida del paciente, algunos de sus hábitos o condiciones pueden preferenciar la selección del medicamento

CONDICION	MEDICAMENTO INICIAL PREFERIBLE
Ancianos	Antagonistas-Ca+, Tiacídicos, IECA
Fumadores	Antagonistas-Ca+ IECA
Deportistas aeróbicos	Antagonistas-Ca+ o IECA
Intelectuales	Antagonistas-Ca+ o IECA
Sexualmente activos	Betabloqueadores
Trabajo manual de precisión	Betabloqueadores
Pánico escénico o crisis de miedo	Antagonistas-Ca+, diuréticos
Comedores compulsivos de sal	Betabloqueadores
Migrañosos e hiperactivos	Antagonistas-Ca+ o IECA
Operador de máquina pesada	

Cuando la primera elección no resultó adecuada por eficacia limitada o efectos colaterales es importante recordar lo siguiente:

1. Es preferible cambiar de medicamentos que combinar o aumentar la dosis.
2. Es preferible combinar que aumentar la dosis.
3. Sólo se aumenta la dosis si no hay otra opción en cuyo caso se reduce la vigilancia.
4. Las triples combinaciones no deben ser usadas en el primer nivel de atención.



tales como la actividad renina plasmática o las funciones hemodinámicas.

La elección de la segunda droga. Aunque se elija cualquier medicamento que no sea diurético como primera elección, casi por lo general se escoge un diurético como segunda opción.

Al añadir un diurético se incrementa la eficacia antihipertensiva de los otros tipos de drogas. Esto da cuenta no solo del efecto antihipertensivo que deriva de la acción del diurético, sino de la capacidad que tiene tal droga, cuando la presión disminuye, de eliminar el exceso de líquidos que retienen los riñones de los pacientes hipertensos.

**Etapas del tratamiento farmacológico:**

**Etapas 1.** Esta etapa se desarrolla de la manera siguiente:

1. El medicamento seleccionado se emplea durante 4 a 5 semanas.
2. Si la presión diastólica no desciende a menos de 90 mm Hg o si aparecen efectos adversos se sustituye por otro medicamento.
3. El medicamento que produzca el efecto deseado se mantiene indefinidamente.
4. Si no hay respuesta favorable o aparecen efectos indeseables con el nuevo medicamento al cabo de las 4 a 5 semanas siguientes se pasa a la etapa 2

**Etapas 2.** Consiste en la combinación de 2 medicamentos con las siguientes opciones:

1. Diurético más betabloqueador.
2. Diurético tiazídico más IECA.
3. Diurético más antagonista del calcio.
4. Antagonistas del calcio más IECA.

En el primer nivel de atención a la salud no es recomendable emplear la combinación correspondiente a betabloqueadores más antagonistas del calcio.

**Esta etapa se desarrolla de la manera siguiente:**

1. La combinación seleccionada se emplea durante 4 a 5 semanas.
2. Si la presión diastólica no desciende a menos de 90 mm Hg o aparecen efectos adversos se sustituye por otra combinación.
3. De no lograrse la normotensión en 4 semanas se considera hipertensión arterial resistente.

**Referencia de pacientes:**

La referencia de pacientes a una unidad de salud de segundo o tercer nivel de operación, se lleva a cabo en los casos siguientes:

1. Sospecha de hipertensión arterial secundaria.
2. Presión arterial diastólica inicial de 110 o más mm Hg.
3. Hipertensión arterial resistente.
4. Fracaso terapéutico.
5. Sospecha o comprobación de complicaciones.
6. Urgencia hipertensiva.

**Seguimiento:**

El seguimiento del paciente con hipertensión arterial esencial se efectúa cada 4 meses o cuando la evolución del caso lo requiera y comprende:

1. Medición y registro de la presión arterial.
2. Verificación del cumplimiento de la prescripción médica.
3. Identificación de los efectos indeseables de los medicamentos.

#### 4. Recomendaciones de las medidas necesarias para el cumplimiento adecuado del tratamiento.

##### **La dinámica familiar**

Aunque la Medicina Familiar como disciplina científica es muy joven a nivel mundial, la preocupación por identificar a la familia como unidad de atención médica data ya de algunos años.

Richarson en 1948, en su libro sobre dinámica familiar afirmaba: Decir que el paciente tiene familia es igual a decir que el órgano enfermo es parte del individuo.

El significado del paciente como un miembro familiar fue elaborado posteriormente por Salvador Minuchin, quien escribió: "La familia como sistema sociocultural abierto es continuamente atraído por demandas de cambio; estas demandas son provocadas por cambios biopsicológicos en uno o más de sus miembros" ..

En nuestro país el primer intento de identificar a la familia como unidad de atención médica a nivel institucional nace en la creación del Sistema Médico Familiar en el IMSS, institución pionera de la Medicina Familiar en México y uno de los primeros ensayos tendientes a sistematizar el estudio y la atención de Unidades Familiares se esboza dentro del llamado "Plan Zamora", ideado por el Dr. Constantino González Espinoza y puesto en práctica en la Clínica del IMSS de Zamora Michoacán. Dicho plan contempia una forma de registro familiar tendiente a recolectar datos sobre la familia y su contexto, con la finalidad de poder elaborar un Diagnóstico Familiar Integral.

Con el nacimiento de la Medicina Familiar, proliferan los ensayos en formas y formularios tendientes a recabar la información más completa y exhaustiva acerca de la familia. Nace así el "Estudio Médico Integral" y el "Seguimiento de familias", entre otros. Todos estos estudios tenían de denominador común la exhaustividad y a nivel de la práctica de la Medicina Familiar mostraron rápidamente su ineficiencia pues un nuevo ensayo consistente en la llamada "tarjeta de Registro Familiar" con datos muy seleccionados que permiten un rápido conocimiento del contexto familiar y que por su sistema de perforación marginal resulta práctica y manejable en la consulta externa. Algunos de los datos contenidos en esta tarjeta han sido recogidos en la que será la hoja frontal de la carpeta familiar cuyo uso como expediente familiares ya hecho y su generalización se dará muy pronto.

##### **APGAR Familiar**

Debe hacerse notar que el concepto del paciente como miembro interactivo de una familia unida es bien aceptado, todavía no ha sido ideado un método práctico para que el Médico Familiar lo use en la recolección de datos que faciliten un rápido diagnóstico de la dinámica familiar y que permita detectar con facilidad familias disfuncionales.

El Médico Familiar cuenta con toda una batería de pruebas para medir la función de un órgano enfermo; sin embargo, aunque han sido ideados muchos modelos de pruebas para medir la función familiar integral (PRACTICA, FIRO, FFI, etc.), son pocos los que tienen un valor práctico para su uso diario en la consulta de medicina familiar se puede decir que en nuestro país no ha sido ideado ni ensayado con amplitud ninguna.

Una de las pruebas más recientes ideadas para medir las alteraciones de la dinámica familiar ha sido propuesta y probada por Gabriel Smilkstein de Seattle, Washington, quien la ha

denominado APGAR Familiar. Para su elaboración se partió de una definición de la familia a saber: La familia es un grupo psicosocial que consta del paciente y una o más personas, niños o adultos, en la cual hay una comisión de los miembros para la educación de los otros.

En esta definición, la estructura familiar es definida simplemente como el paciente y una o más personas y las relaciones estructurales e institucionales entre los miembros no son especificadas. En esta definición el proceso de educación es equivalente a la función familiar que promueve desarrollo emocional y físico, así como maduración de todos sus miembros.

Para establecer los parámetros por los cuales la salud funcional de la familia pudiera ser medida, se escogieron cinco componentes básicos de la función familiar. Estos componentes fueron elegidos por el Autor a partir de que aparecieron como su representante común en la literatura de las Ciencias Sociales que tratan con la familia. Esta decisión empírica permitió el desarrollo del ejemplo de la Función familiar que puede ser comparado con el sistema orgánico del cuerpo, en que cada componente tiene una función única mientras que cada una se encuentra interrelacionada con el conjunto.

La salud funcional de la familia puede considerarse pues como una educación unida que demuestra su integridad mediante el análisis de los siguientes componentes:

<b>Adaptability</b> Adaptabilidad	La adaptación es la utilización de los recursos intra y extrafamiliares para la resolución de los problemas cuando el equilibrio familiar es forzado o violento
<b>Partnership</b> Asociaciones	Es la participación de responsabilidad en trabajo y educación por los miembros de la familia.
<b>Growth</b> Progresión	Es la maduración física y emocional, plenitud misma que es llevada a cabo por los miembros de la familia a través del apoyo mutuo y dirección (conducta)
<b>Affection</b> Afecto	Es lo que se refiere a las relaciones de cuidado y cariño que existen entre los miembros de la familia.
<b>Reserve</b> Acuerdos	Es la fama de dedicar tiempo a otros miembros de la familia para la educación física y emocional. Usualmente también involucra una decisión de participación de la riqueza y espacio

De 7 a 10 es funcional, de 4 a 6 es moderadamente disfuncional y de 0 a 3 severamente disfuncional. Casi siempre 2, algunas ocasiones 1, rara vez 0.

#### **Educación para la Salud**

En nuestro país existe una pobre Educación para la Salud, la mayor parte de los contenidos en los libros de texto vigentes tienen un enfoque netamente informativo. El conocimiento del cuerpo humano únicamente da al alumno elementos para identificar algunas partes que lo integran y la función que realizan, y existen pocos temas que llevan un enfoque formativo y preventivo.

La Educación para la Salud debe estar enfocada al desarrollo de una cultura de la salud, es decir, que las personas la valoren como algo que le pueda permitir desarrollar plenamente sus potencialidades, al concebirla no solo como la ausencia de enfermedad o invalidez sino como una situación de bienestar completo, físico, mental y social, en la cual intervienen los miembros de la comunidad.

Adquirir una cultura de la salud permitirá a los familiares cuidarse a sí mismos, hacerse responsables de su persona para abatir riesgos y convertirse en promotores de la salud en su medio familiar y social; logrando adquirir, modificar o reafirmar hábitos, conductas y actitudes favorables a la salud individual y colectiva.

Tratamiento didáctico de la educación para la salud

Es necesario tener presente que el aprendizaje escolar es el resultado de un proceso dinámico, donde interactúan el objeto de conocimiento y el educando, por esto, el tratamiento didáctico de los contenidos debe estar acorde con el nivel de los pacientes.

Es conveniente que en la enseñanza de la Educación para la Salud los conocimientos se manejen a partir de actividades concretas, de vivencias y experiencias, utilizando modelos y esquemas cercanos a la realidad y no solo de manera teórica.<sup>6</sup>

Ciclo enseñanza-aprendizaje

Dentro del ciclo enseñanza-aprendizaje se debe tomar en cuenta lo siguiente:

Siempre tener en cuenta a la didáctica, la cual se interesa no tanto por lo que va a ser enseñado, sino cómo va a ser enseñado

Hasta no hace mucho tiempo era creencia generalizada que, para ser buen profesor, bastaba conocer bien la disciplina para enseñar bien. Pero es preciso más, sobre todo una conveniente formación didáctica. No es únicamente la materia lo valioso; es preciso considerar también al alumno y su medio físico, afectivo, cultural y social. Claro está que, para enseñar bien, corresponde tener en cuenta las técnicas de enseñanza adecuadas al nivel evolutivo, intereses, posibilidades y peculiaridades del alumno.

Por lo que la acción docente consta, fundamentalmente, de tres momentos: planeación, ejecución y verificación.

Motivación del aprendizaje

Motivación es el proceso que provoca cierto comportamiento, mantiene la actividad o la modifica. Motivar es predisponer al alumno (familiar, paciente) hacia lo que se quiere enseñar; es llevarlo a participar activamente en los trabajos de aprendizaje. Así, motivar es conducir al alumno a que se empeñe en aprender, sea por ensayo y error, por imitación o por reflexión.

La motivación consiste en el intento de proporcionar a los alumnos una situación que los induzca a un esfuerzo intensional, a una actividad orientada hacia determinados resultados queridos y comprendidos. Así, motivar es predisponer a los alumnos a que aprendan y, consecuentemente, realicen un esfuerzo para alcanzar los objetivos previamente establecidos.

Los propósitos de la motivación consisten en despertar el interés, estimular el deseo de aprender y dirigir los esfuerzos para alcanzar metas definidas.<sup>6</sup>

## **MATERIAL Y MÉTODOS**

Se realizó un estudio observacional, transversal y descriptivo en 122 familiares de pacientes hipertensos de la Unidad de Medicina Familiar No. 8 "San Ángel" del Instituto Mexicano del Seguro Social en México D.F.

La Investigación se efectuó en el periodo comprendido de septiembre de 1996 a enero de 1997, tiempo en que se recabo la muestra en el servicio de consulta externa. Se tomaron como criterios de inclusión: Familiares que convivan bajo el mismo techo mayores de 15 años de edad, con hipertensión arterial esencial, Familias funcionales o moderadamente disfuncionales, utilizando como tamiz el APGAR familiar. Criterios de no inclusión: Pacientes no adscritos a la unidad, Pacientes que se mediquen con fármacos no incluidos en el cuadro básico, Pacientes que tengan otra enfermedad agregada como diabetes, SIDA, IRC, etc., Familias disfuncionales.

El cuestionario identificó los conocimientos de los familiares acerca de los siguientes tópicos:

Etiología, curso, exámenes que se efectúan; manejo, en que consiste, duración, complicaciones y colaboración familiar, así como el pronóstico de la enfermedad, secuelas y complicaciones de la misma.

El cuestionario se aplicó al familiar mientras el paciente recibía la consulta, previas indicaciones, para evitar que preguntara a su paciente, como se pudo observar en el estudio piloto.

Se revisaron los expedientes de los pacientes para obtener las cifras tensionales de los últimos seis meses y conocer así de manera más objetiva si han estado controlados.

## RESULTADOS

El 59.8% de la población entrevistada fue del sexo femenino, siendo mayor de 50 años el 68.8%, encontrándose entre el rango de 55 a 59 años la mayor frecuencia, siendo el cónyuge el que acompañaba al paciente en 54.9%. En cuanto al conocimiento sobre la etiología de la enfermedad el 65.6% desconoce la causa, sin embargo el 100% está consciente de que el sobrepeso y la ingesta excesiva de sal eleva las cifras tensionales, y que la

Cuadro I. Conocimiento Etiología	
Etiología	Si conocen
Causa directa	65.6
Sobrepeso	100
Herencia	59.9
Tabaquismo	71.3
Estrés	82
Ingesta de sal	100

Fuente: Directa, encuesta UMF. Cifras en %.

herencia (59.8%), el tabaquismo (71.3%) y el estrés emocional (82%) también influyen en el curso de la enfermedad (Gráfica 1).

Por otro lado los familiares (56.1%) saben que la enfermedad solo se controla, aunque conocen (75.4%) las posibles complicaciones. El 91.8% reconoce la sintomatología al incrementarse la presión arterial que presenta su familiar,

Cuadro II. Conocimiento del curso de la HAS	
Conoce	Porcentaje
Curso de la enfermedad	56.1
Síntomas	91.8
Que hacer en emergencia	64.7
Complicaciones	75.4

Fuente: Directa, encuesta UMF.

desconociendo que hacer en caso de que se presente alguna emergencia en el 64.7% (Gráfica 2).

En lo que respecta al manejo y tratamiento, el 64.7% mencionó el número de medicamentos que toma su paciente, pero solo el 35.2% (54% de los que mencionaron cantidad de medicamentos) los especificó, sabiendo que éste será de manera indefinida en el 75.4%. Dentro del manejo no medicamentoso el 57.4% lleva una dieta junto con su familiar, 8.2% no fuma, y ninguno hace

**Cuadro III. Conocimiento del Tratamiento**

Conoce	Porcentaje
Duración del tratamiento	75.4
Medicamentos ingeridos	35.2
Lleva dieta	57.4
Triada de tratamiento	69.7
Misma dieta del familiar	54.9
No ejercicio	100

Fuente: Directa, encuesta UMF.

ejercicio; aunque de manera conjunta saben la triada de tratamiento (dieta, ejercicio y medicamentos) (Gráfica 3). El 28.7% afirma que su familiar no ha sido valorado por ningún especialista.

Un 80.3% se cuantifica las cifras tensionales sólo una vez al mes (en su cita de control). El 74.6% no ha sido hospitalizado por cifras tensionales altas (Gráfica 4).

**Cuadro IV. Actitudes hacia el paciente**

Actitud	Porcentaje
Indiferencia	9.8
Enojo	16.9
Preocupación	22.1
Ayuda	28.5

Fuente: Directa, encuesta UMF.

Los familiares le recuerdan que tome los medicamentos (80.3%) y su cita al médico (87.7%), sin embargo casi la tercera parte de los cuestionados (36.9%) manifestó tener una actitud de enojo hacia su familiar, en segundo lugar de ayuda (28.5%) y en tercero de preocupación (22.1%)(Cuadro IV).

La asociación obtenida al comparar los resultados de las variables mostró: La

**Cuadro V. Evolución según familiar**

Familiar	Controlados	Descontrolados	Total
Controlados	56	21	77
Descontrolados	35	10	45
Total	91	31	122

Fuente: Directa, encuesta UMF.

<b>Cuadro VI. Medicamentos del paciente</b>			
<b>Medicamentos</b>	<b>Controlados</b>	<b>Descontrolados</b>	<b>Total</b>
<b>Conoce</b>	41	2	43
<b>Desconoce</b>	50	29	79
<b>Total</b>	91	31	122

Fuente: Directa, encuesta UMF.

evolución según los familiares de sus pacientes se encuentran con un buen control 77 (63.1%) de su enfermedad, en los expedientes se encontraron controlados en un mayor porcentaje 91 (74.5%), destacando que hay 35 pacientes que aunque están controlados, sus familiares no lo consideran así (Cuadro V).

<b>Cuadro VII. Actas en emergencias</b>			
<b>Emergencias</b>	<b>Controlados</b>	<b>Descontrolados</b>	<b>Total</b>
<b>Conoce</b>	35	8	43
<b>Desconoce</b>	56	23	79
<b>Total</b>	91	31	122

Fuente: Directa, encuesta UMF.

En cuanto a la asociación entre si los familiares conocen los medicamentos que ingiere su paciente y el control de su hipertensión, la mayoría de los familiares no conoce los medicamentos que ingiere su familiar (79), encontrándose controlados 50 de estos (Cuadro VI).

Los familiares (79) no saben que hacer en una emergencia, y 56 se encuentran controlados, por lo que tienen riesgo potencial de sufrir alguna complicación

<b>Cuadro VIII. Influencia de la herencia</b>			
<b>Herencia</b>	<b>Controlados</b>	<b>Descontrolados</b>	<b>Total</b>
<b>Conoce</b>	64	9	73
<b>Desconoce</b>	27	22	49
<b>Total</b>	91	31	122

Fuente: Directa, encuesta UMF.



(Cuadro VII).

En cuanto a los factores etiológicos, sesenta y cuatro de los familiares de los pacientes controlados conoce que la herencia (73) juega un papel importante en la HAS (cuadro VIII); así como el tabaquismo 87 (cuadro IX) y el estrés 100 (cuadro X).

Por otro lado en la asociación entre saber las complicaciones, solo 63 de los familiares de los pacientes controlados sabe que la HAS puede provocar un accidente vascular cerebral y 8 de los descontrolados sabe ésto, y que

Cuadro IX. Influencia del tabaquismo			
Tabaquismo	Controlados	Descontrolados	Total
Conoce	77	10	87
Desconoce	14	21	35
Total	91	31	122

Fuente: Directa, encuesta UMF.

Cuadro X. Influencia del estrés			
Estrés	Controlados	Descontrolados	Total
Conoce	78	22	100
Desconoce	13	23	51
Total	91	31	122

Fuente: Directa, encuesta UMF.

Cuadro XI. Provoca AVC			
AVC	Controlados	Descontrolados	Total
Conoce	63	8	71
Desconoce	28	23	51
Total	91	31	122

Fuente: Directa, encuesta UMF.

provoca un infarto al corazón 112 familiares que lo saben (Cuadro XII).

Según los familiares, 59 de los 71 pacientes que siguen las indicaciones, se encuentran controlados, 12 de ellos no. La mayoría de los entrevistados afirman recordarle a su paciente la ingesta de medicamento (98) así como sus citas al médico (107).

En cuanto a si el familiar lleva la misma dieta del paciente al relacionarla con

Cuadro XII. Provoca IAM			
IAM	Controlados	Descontrolados	Total
Conoce	85	27	112
Desconoce	6	4	10
<b>Total</b>	<b>91</b>	<b>31</b>	<b>122</b>

Fuente: Directa, encuesta UMF.

Cuadro XIII. Sigue indicaciones			
Indicaciones	Controlados	Descontrolados	Total
Si	59	12	71
No	32	19	51
<b>Total</b>	<b>91</b>	<b>31</b>	<b>122</b>

Fuente: Directa, encuesta UMF.

Cuadro XIV. Le recuerda medicamentos			
Recuerda	Controlados	Descontrolados	Total
Si	76	22	98
No	15	9	24
<b>Total</b>	<b>91</b>	<b>31</b>	<b>122</b>

Fuente: Directa, encuesta UMF.

el control se encontró que 67 de los entrevistados lo afirman, de estos se encontró que 61 tienen a su familiar controlado (Cuadro XV).

Se encontró significancia estadística en el conocer los medicamentos que ingiere el paciente, el tener la misma dieta del paciente, recordar su cita; así como conocer que el tabaquismo y la herencia influyen en la enfermedad, junto con saber los síntomas y las complicaciones (Cuadro XVII).

Cuadro XV. Recuerda citas			
Recuerda	Controlados	Descontrolados	Total
Si	86	21	107
No	5	10	24
<b>Total</b>	<b>91</b>	<b>31</b>	<b>122</b>

Fuente: Directa, encuesta UMF

Cuadro XVI. Misma dieta			
Recuerda	Controlados	Descontrolados	Total
Si	61	6	67
No	30	25	55
<b>Total</b>	<b>91</b>	<b>31</b>	<b>122</b>

Fuente: Directa, encuesta UMF

Cuadro XIV. Conocimiento contra control de la HAS						
Tópico	X <sup>2</sup>	p	OR	LC	RR	
Conoce medicamentos (4)	15.1	0.00010208	11.8	0.25<OR<7.7	1.57	
Conducta en emergencias (8)	1.62	0.2027	0.56	0.20<OR<1.51	0.67	
Herencia (10)	16.41	0.00005103	0.17	0.06<OR<0.46	0.41	
Tabaquismo (11)	30.98	0.00000003	0.09	0.03<OR<0.25	0.38	
Estrés (12)	3.40	0.0651	0.41	0.14<OR<1.21	0.83	
Provoca AVC (16)	17.92	0.00002301	0.15	0.05<OR<0.42	0.37	
Provoca IAM (17)	1.22	0.2686	0.48	0.11<OR<2.22	0.93	
Toma de TA (19)	7.11	0.007649	0.10	0.00<OR<0.75	0.72	
Sigue indicaciones (20)	6.49	0.01086	2.92	1.16<OR<7.45	1.32	
Recuerda medicamentos (24)	2.30	0.1290	0.48	0.17<OR<1.40	0.85	
Recuerda citas (25)	15.36	0.000088	0.12	0.03<OR<0.45	0.72	
Misma dieta (26)	21.23	0.00000407	8.47	2.87<OR<26.2	1.67	

OR, odds ratio, LC límite de confianza, RR riesgo relativo. ( ) No. de pregunta.

## **DISCUSION**

Es indiscutible que en el control de la hipertensión arterial, como de cualquier otra enfermedad, se encuentra influida por el ámbito familiar. En la vida diaria, casi todas las familias tienen problemas relacionados con la presencia de esta enfermedad, debido a los cambios de comportamiento (enojo, ayuda, indiferencia, etc.) producidos como consecuencia de la misma, y de dependencia por parte del enfermo.

Es un hecho de que un gran número de pacientes son neoanalfabetas y es prácticamente imposible pedirles que etiqueten o numeren los medicamentos para su administración, vigilen sus cifras tensionales y lleven un registro de ellas; es aquí donde entra el apoyo familiar, para que lo auxillen en la vigilancia de su enfermedad, en la toma de decisiones y en la ejecución de acciones adecuadas, sin esta ayuda y apoyo el paciente mismo abandonará su propia asistencia; ya que tiene que superar varias barreras en su tratamiento (social, psicológico, económico, etc.).

El binomio enfermedad-familia, es de capital importancia para el buen control del paciente y funcionalidad de la familia. El estudio científico de este binomio es por demás complicado, porque las características de la familia y la red social que rodea a los pacientes hipertensos son numerosas (tipo de familia, presencia de otras personas importantes, base cultural, etapa del desarrollo familiar, etc.), la medición de cualquier tópicos es subjetiva, ya que las preguntas invaden la intimidad del individuo y su familia, las respuestas tenderán a lo correcto socialmente. Aun con los sesgos y limitaciones que seguramente tiene este estudio, consideramos que los resultados obtenidos cumplen con el objetivo de mostrar la importancia de considerar a la familia y elevar su nivel de conocimiento mediante la educación.

## **CONCLUSIONES**

En base a los resultados obtenidos, nos damos cuenta que el conocimiento de los familiares sobre la hipertensión arterial, es de un nivel aceptable por parte del familiar, lo que repercute en un "buen" control del paciente, sin embargo existe el riesgo de llegar tarde o temprano a presentar complicaciones.

Este conocimiento se puede reforzar y cambiar las actitudes de los familiares hacia su paciente.

El médico familiar, al diagnosticar hipertensión en un paciente, debe intentar comprender la dinámica de la familia en que se encuentra inmerso el paciente para iniciar la educación de la familia, mediante programas de enseñanza, apoyándose en el equipo de salud.

La información adecuada, tanto al paciente como a su familiar, es de gran importancia para un buen control de la enfermedad.

Se corrobora la hipótesis alterna rechazándose la de nulidad.

Existe un nivel bastante aceptable de conocimiento, las actitudes de los familiares se pueden modificar mediante un programa de enseñanza con máximo beneficio del paciente, la familia, el médico, los servicios de salud; elevando enormemente la calidad de la atención.

## **PROPUESTAS**

Concientizar a los médicos familiares sobre la importancia de involucrar a la familia en la enfermedad de su paciente, destacando las ventajas de la misma.

Incluir programas de enseñanza que involucren a las familias.

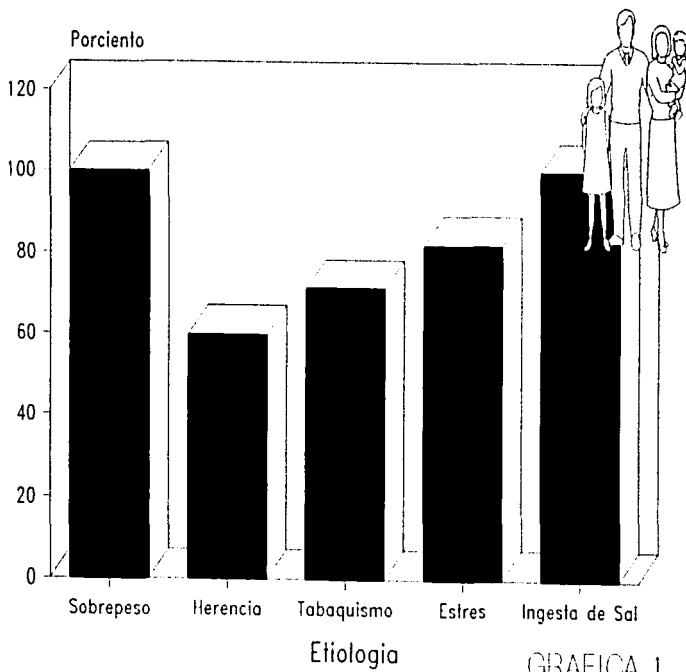
Abrir más espacios y dar facilidades para que los pacientes tengan un lugar para cuantificar con mayor frecuencia sus cifras tensionales.

Lo anterior mejorará la calidad de la atención, así como la reducción de costos y recursos de manera importante, ya que el familiar tendrá una participación más activa en el control y curso de la enfermedad, disminuyendo así complicaciones.

## **AGRADECIMIENTOS**

Agradecemos profundamente el apoyo brindado para la realización de este trabajo al Lic. Francisco Mendoza.

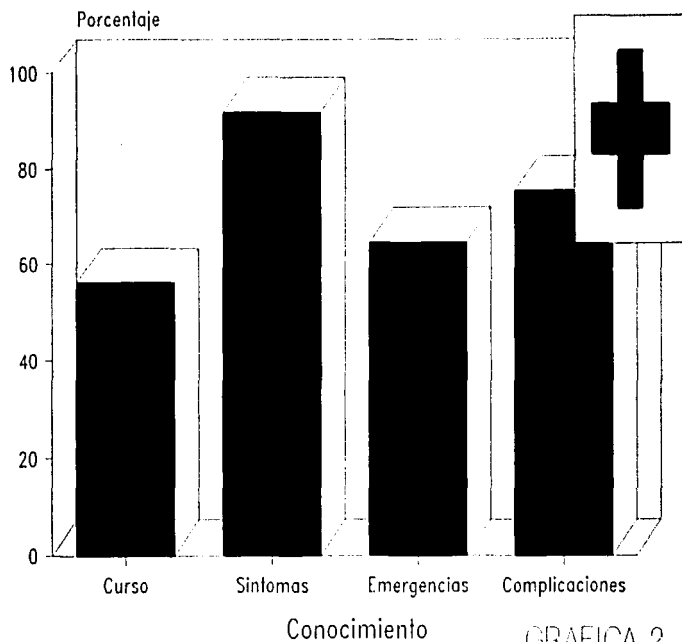
# CONOCIMIENTO FAMILIAR SOBRE HAS UMF #8, IMSS 1997



Fuente: Cuadro 1

GRAFICA 1

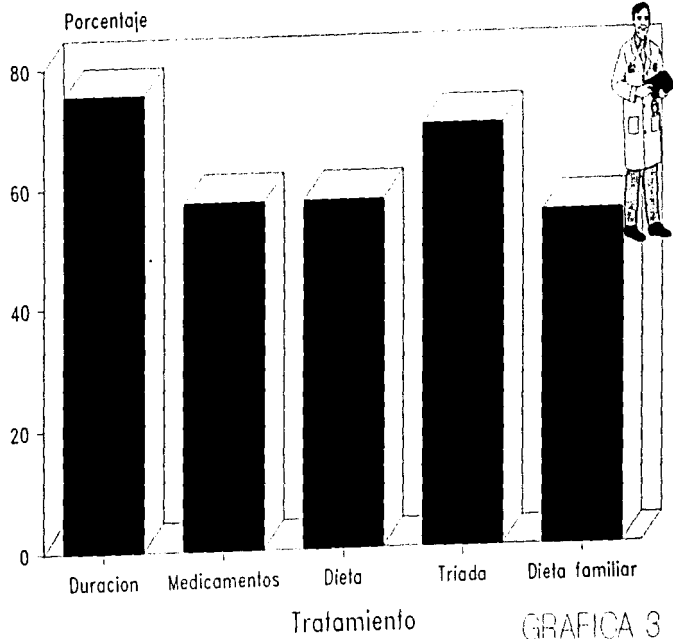
# CONOCIMIENTO FAMILIAR SOBRE HAS UMF #8, IMSS 1997



Fuente: Cuadro II



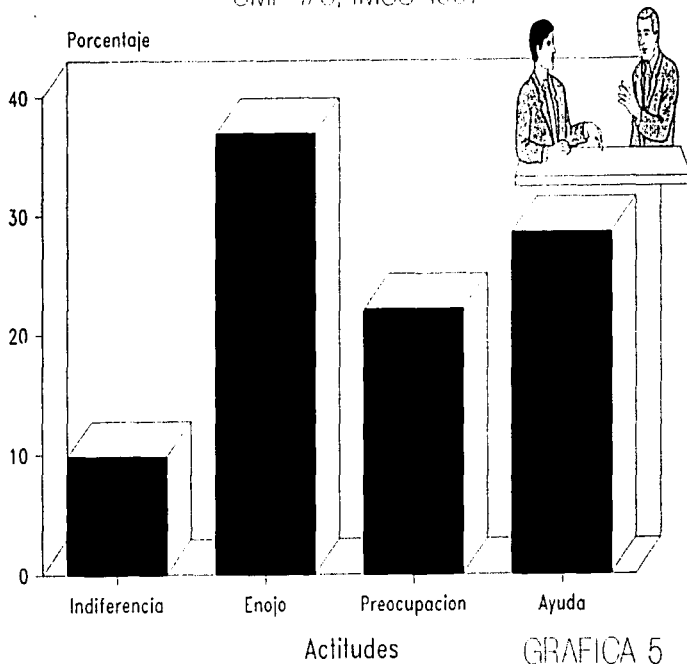
# CONOCIMIENTO FAMILIAR SOBRE HAS UMF #8, IMSS 1997



Fuente: Cuadro III

# CONOCIMIENTO FAMILIAR SOBRE HAS

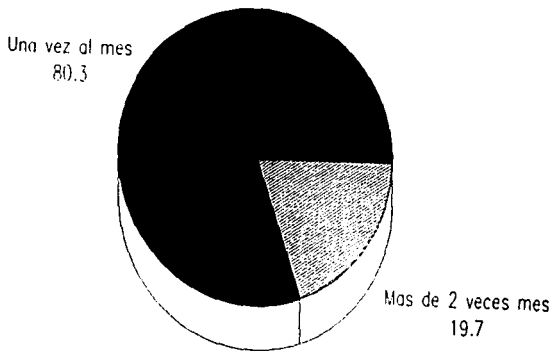
## UMF #8, IMSS 1997



Fuente: Cuadro IV

# CONOCIMIENTO FAMILIAR SOBRE HAS

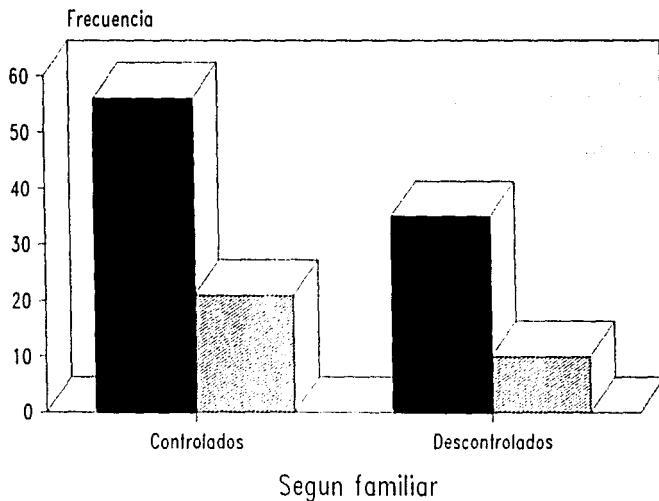
## UMF #8, IMSS 1997



FRECUENCIA DE TOMA DE T/A

GRAFICA 4

# EVOLUCIÓN SEGUN FAMILIAR vs REAL UMF #8, IMSS 1997

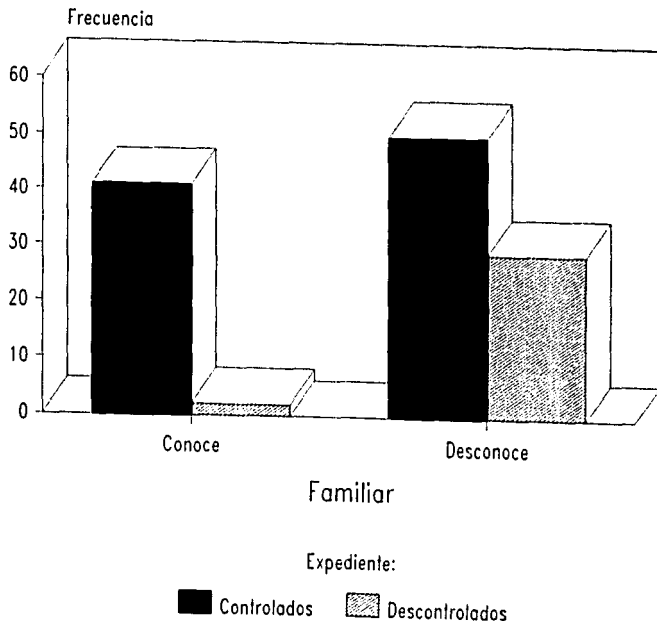


Fuente: Cuadro V

GRAFICA 6

# MEDICAMENTOS vs CONTROL HAS

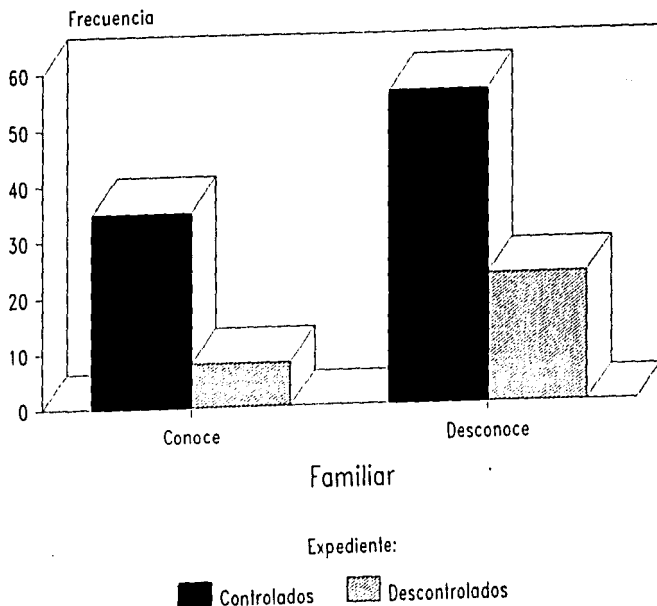
## UMF #8, IMSS 1997



Fuente: Cuadre VI

GRAFICA 7

# ACTUACION EN EMERGENCIAS vs CONTROL HAS UMF #8, IMSS 1997

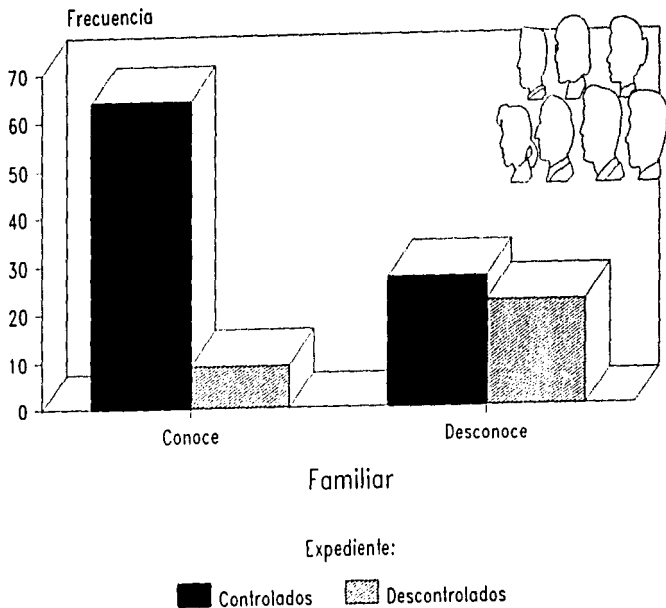


GRAFICA 8

Fuente: Cuadro VII

# INFLUENCIA HERENCIA vs CONTROL HAS

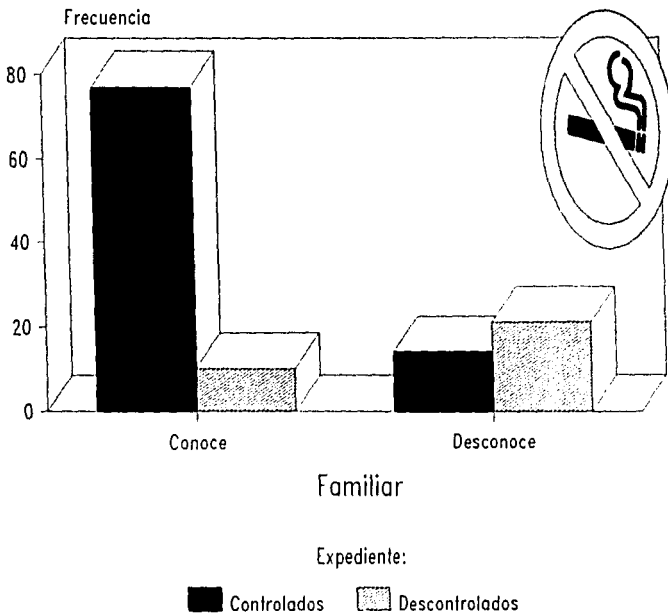
## UMF #8, IMSS 1997



GRAFICA 9

Fuente: Cuadro VIII

# INFLUENCIA TABAQUISMO vs CONTROL HAS UMF #8, IMSS 1997



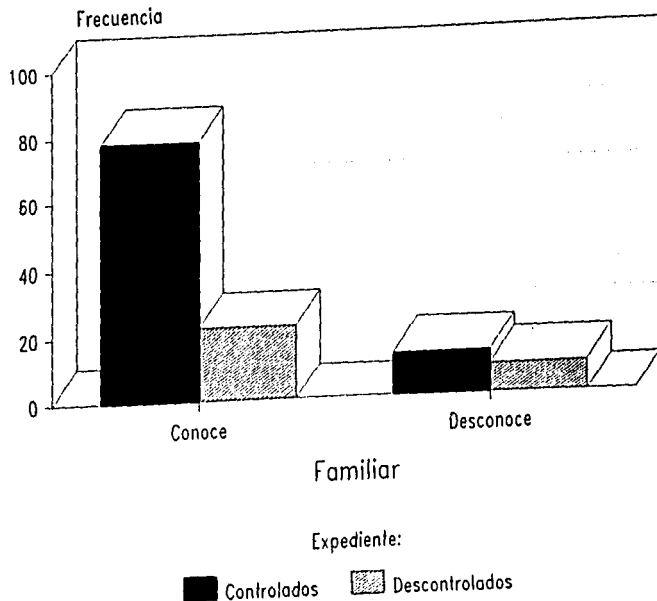
ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

Fuente: Cuadro IX

GRAFICA 10



# INFLUENCIA ESTRES vs CONTROL HAS UMF #8, IMSS 1997

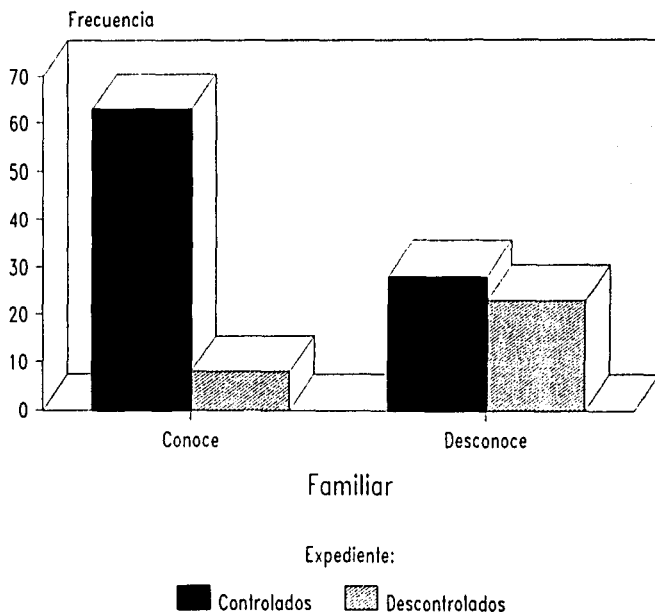


GRAFICA 11

Fuente: Cuadro X

# PROVOCA AVC vs CONTROL HAS

## UMF #8, IMSS 1997

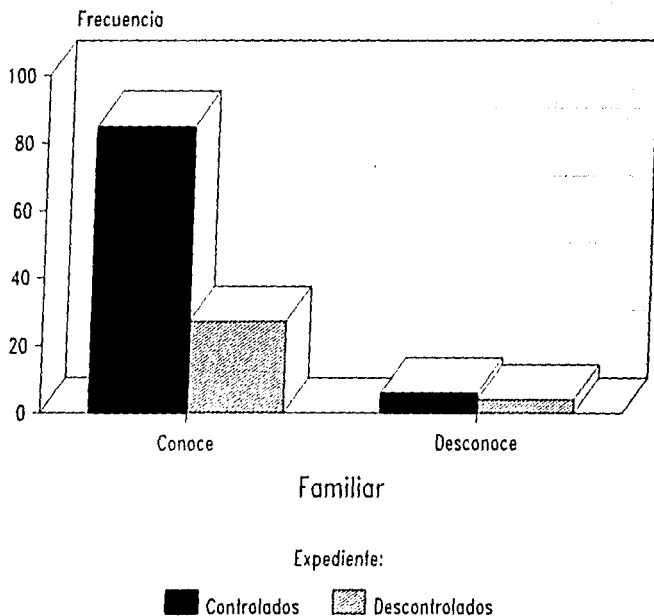


Fuente: Cuadro XI

GRAFICA 12

# PROVOCA INFARTO vs CONTROL HAS

## UMF #8, IMSS 1997

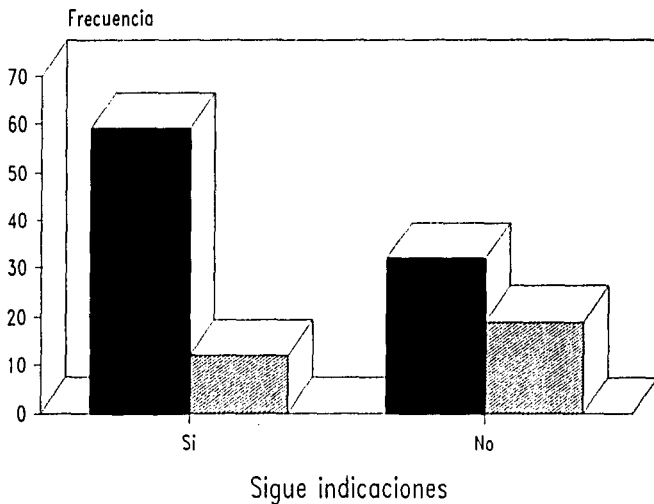


GRAFICA 13

Fuente: Cuadro XII

# SIGUE INDICACIONES vs CONTROL HAS

## UMF #8, IMSS 1997



Expediente:

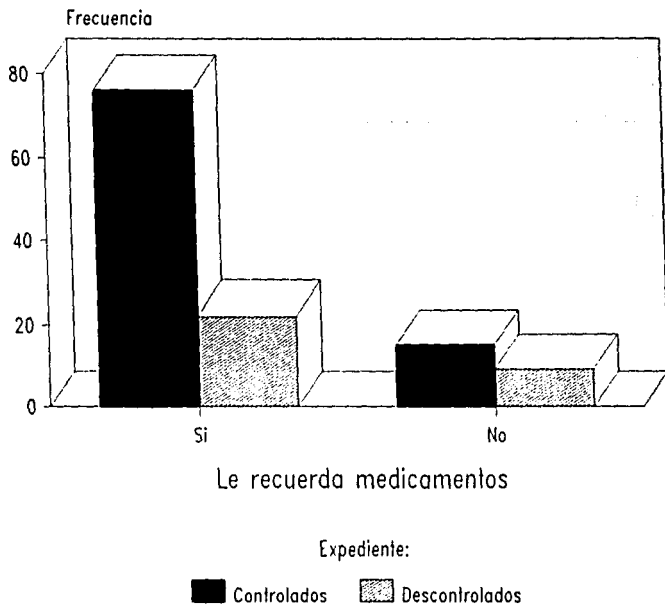
 Controlados  Descontrolados

GRAFICA 14

Fuente: Cuadro XIII

# RECUERDA MEDICAMENTOS vs CONTROL HAS

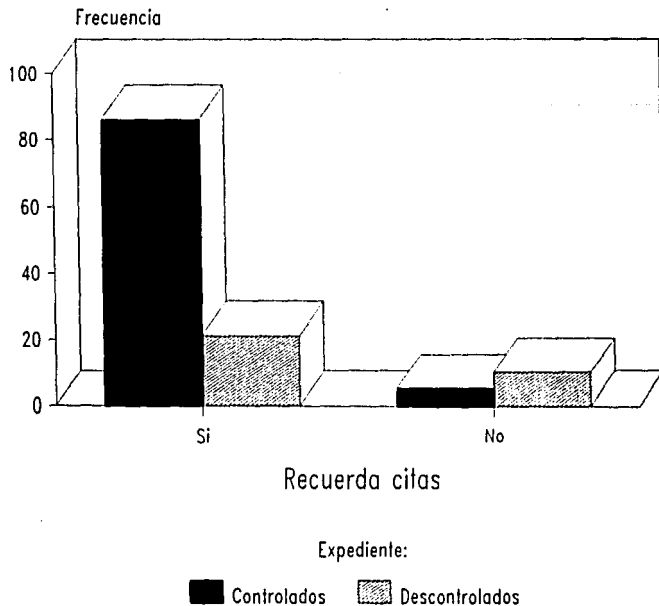
## UMF #8, IMSS 1997



GRAFICA 15

# RECUERDA CITAS vs CONTROL HAS

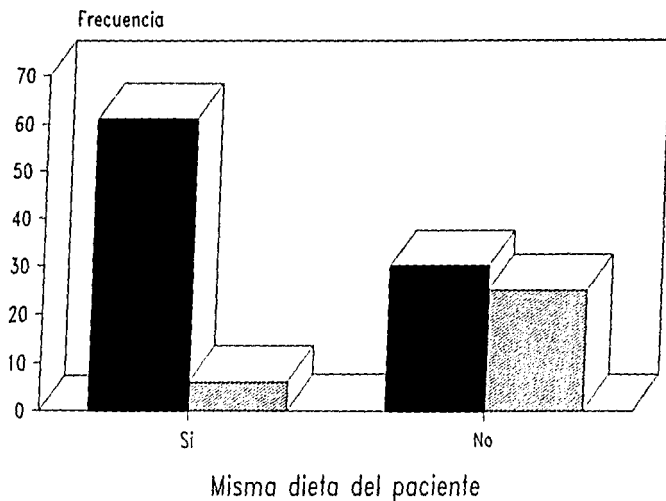
## UMF 38, IMSS 1997



Fuente: Cuadro XV

GRAFICA 16

# MISMA DIETA DEL PACIENTE vs CONTROL HAS UMF #8, IMSS 1997



Expediente:

Controlados Descontrolados

GRAFICA 17

Fuente: Cuadro XVI

## BIBLIOGRAFIA

1. **Prevención y control de la hipertensión arterial esencial en la atención primaria o la salud.** *Hipertensión*, México 1995, 15(5):16-27.
2. **The Fifth Report of Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNCV)**, *Arch Intern Med*, Jan 23 1993; 154-81.
3. **Norman M. Kaplan. Manejo de la hipertensión.** 3ª Ed. Hoescht 1990, pp 19-58.
4. **Agust, Alberto. Hipertensión arterial. Inter-médica.** Uruguay 1992, pp 4-21, 67-98.
5. **Tudor Hart, Julian. Hipertensión, su control en la comunidad.** Droya, España 1989, pp 66-87.
6. **Tratamiento no farmacológico de la hipertensión.** *Hipertensión*, México 1995, 15(5): 33-36.
7. **Secretaría de Salud, Norma Técnica No. 66 para la Prevención y Control de la Hipertensión Arterial Esencial en la Atención Primaria o la Salud.** Diario Oficial de la Federación, 13 de Noviembre de 1986.
8. **Fleg, Gevras, Facher, Terapias antihipertensivas: Los primeros pasos.** *Atención Médica México*, Diciembre 1992, pp 41-54.
9. **Rudrick KV. Sadeiri. Hypertension in a family practice.** *Can Med Assoc J.* 1977, 117:692-7.
10. **V. Eustolia Ouilan y J. Redón i Mas. Hipertensiones orgánicas de la hipertensión esencial.** *Medicine* 1995, 6(49):11-32.
11. **A. Llácer Escorihuela y V. López Merino. Evaluación del paciente hipertenso.** *Medicine* 1995, 6(49):33-50.
12. **L. Rodríguez Puchal. Tratamiento de la hipertensión arterial esencial.** *Medicine* 1995, 6(49):53-70.
13. **Danielson M. The prevalence of secondary and curable hypertension.** *Acta Med Scand* 1981, 209: 415.
14. **Levan A. Apparent prevalence of curable hypertension in the Hypertension Detection and Follow-up Program.** *Arch Intern Med* 1985, 145:424-7.
15. **Héctor Aguirre Oca. Evaluación y garantía de calidad de la atención médica.** *Salud Pública de México. Noviembre-Diciembre de 1991, 33(6):623-629.*
16. **Enriquez Ruelas Borjas. Hacia una estrategia de garantía de calidad. De los conceptos a las acciones.** *Salud Pública de México, suplemento 1992, 34:29-45.*
17. **Ruiz de Chávez, Manuel. Bases para la evaluación de la calidad de la atención en los unidades médicas del sector salud.** *Salud Pública de México. Marzo-Abril de 1990, 32(2):156-68.*
18. **Avelis Donabedian. La calidad de la atención médica. La praxis médica.** México 1984, pp 1-8, 41-45, 95-104.
19. **Jack H. Medalie. Medicina Familiar.** Lippincott, México 1987, pp 319-321.
20. **Ma. Luisa Cuevas Uriontegal, et al. Relación entre médico y paciente en la consulta externa de unidades de primer nivel de atención médica.** *Salud Pública de México. Noviembre-Diciembre de 1991, 33(6) 576-583.*
21. **Irigoyen Corra. Fundamentos de Medicina Familiar.** Ed. Medicina Familiar Mexicana. 4ª Ed. 1996.
22. **Isabelo Nerón. Hacia una didáctica general de la medicina.** Kapeluz Argentina 1984.
23. **SEF. La Salud. Guía para el maestro.** México 1992.