

11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE
POSTGRADO

58
2 es.

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 20
CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR

ENCUESTA DE DETECCION DE FACTORES
DE RIESGO EN LA HIPERTENSION ARTE-
RIAL SISTEMICA PARA IDENTIFICAR PACI-
ENTES HIPERTENSOS DESCONTROLADOS

T E S I S

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

GARCIA CORTES LUIS REY

ASESORA DE TESIS: DRA. YOLANDA ESTELA VALENCIA ISLAS

GENERACION 1995-1998



IMSS MEXICO. D. F.

266419.

1998

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



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 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.

Vo. Bo.

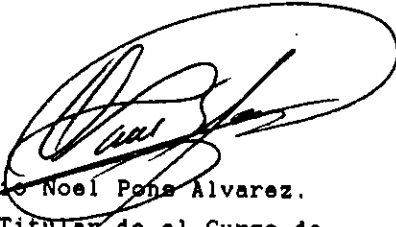
ASESOR DE TESIS.

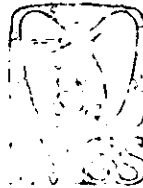
Yolanda Valencia Islas
Dra. Yolanda Valencia Islas

Especialista en medicina Familiar.

Profesor adjunto de el Curso de Especialización de Medicina Familiar.

U.M.F. No. 20 Delegación 01 N.O. D.F. I.M.S.S.


Vo. Bo.
Dr. Octavio Noel Pons Alvarez.
Profesor Titular de el Curso de
Especializacion en Medicina Familiar
U.M.F. No. 20 Delegacion 1 N.O D.F.
I.M.S.S.



U.M.F. No 20
DEPTO. ENSEÑANZA E INVESTIGACION





Vo. Bo.

Dr Juan Espinoza Martínez.

Especialista en Medicina Familiar.

Profesor Adjunto del Curso de

Especialización en Medicina Familiar.

U.M.F. No. 20 Delegación 1 N.O. D.F.

I.M.S.S.

Agradecimientos.

A todos en General.

"Encuesta para detección de factores de riesgo en la hipertensión Arterial Sistemica para identificar pacientes hipertensos descontrolados."

INDICE.

CONTENIDO.	PAGINA
<i>Objetivos</i>	8
<i>Justificacion</i>	9
<i>Antecedentes Cientificos</i>	10
<i>Planteamiento de el problema</i>	30
<i>Hipótesis</i>	30
<i>Material y Metodos</i>	31
<i>Presentacion de resultados</i>	34
<i>Tablas y Graficos</i>	38
<i>Análisis e interpretacion de los resultados</i>	51
<i>Conclusiones</i>	55
<i>Comentarios</i>	56
<i>Resumen</i>	57
<i>Bibliografia</i>	61
<i>Anexos</i>	63

OBJETIVO GENERAL.

Realizar una encuesta de detección de factores de riesgo en Hipertensión Arterial Sistémica para identificar pacientes hipertensos descontrolados, en la Unidad de Medicina Familiar número 20 de el I.M.S.S.

OBJETIVOS PARTICULARES.

- 1.-Elaboración de una encuesta para detección de factores de riesgo en pacientes hipertensos.
- 2.- Identificar los factores de riesgo biológicos, Psicológicos sociales y familiares más frecuentemente asociados a pacientes hipertensos controlados y descontrolados.
- 3.- Ponderar los factores de riesgo.
- 4.- Medir la sensibilidad, especificidad y valor predictivo de la encuesta elaborada para la detección de factores de riesgo en pacientes hipertensos.

JUSTIFICACION .

La hipertension es una enfermedad que dejo de ser exclusiva de paises desarrollados o industrializados, para estar dentro de la transición epidemiologica de los paises en vias de desarrollo como una de las principales enfermedades cronico degenerativas que junto a la Deabetes Mellitus padecen muchos Mexicanos. El estudiar no tan solo los aspectos biologicistas de la hipertension arterial sino tambien los aspectos psicosociales es comprender mejor a la enfermedad, asi pues el hecho de que la hipertension es una de las principales causas de morbimortalidad en nuestro pais, y que no se ha elaborado una estretegia para estudiar a esta entidad en forma integral que la hipertension solamente se le ve desde un punto de vista biologicista, justifica un estudio que trate de comprender que la hipertension arterial no tan solo es dar un cierto medicamento, sino es una red intrincada de factores de riesgo biopsicosociales y familiares con el control o no de la hipertension arterial, por lo que el presente estudio tratara de desenredar un poco esta dificil red.

Ademas de que en el primer nivel de atencion no existe hasta la actualidad una encuesta que nos permita conocer y medir los factores de riesgo cardiovasculares ni de los de hipertension, (existe la hoja de control de el paciente diabetico solamente) asi como un control de seguimiento estandarizado sobre laboratorio, estudios de gabinete asi como de tratamiento anual en donde se vea de una manera clara y rapida el seguimiento mensual de el hipertenso (*ver anexo 2*), por lo que es necesario la creacion de una encuesta e instrumento que reconozca y mida los factores de riesgo y que al mismo tiempo tenga un seguimiento mensual de el paciente hipertenso.

ANTECEDENTES CIENTIFICOS

El desarrollo histórico social de cada país, así como su crecimiento económico, tienen una estrecha relación con las formas de enfermar y morir de su población, así como los cambios sanitario-asistenciales que en él se observan.

Con ese desarrollo no sólo se transforman los daños a la salud, sino también los riesgos para enfermar y morir. Actualmente, los riesgos se encuentran en factores que hace 40 años no eran considerados como tales, entre ellos se considera por ejemplo el bombardeo informativo realizado a través de los medios de comunicación masiva.

En lo que respecta a la transición demográfica de México, en 1990 - 1995 la tasa global de fecundidad es de 3.1 a diferencia del período de 1950-1995 que fué de 6.75; y la esperanza de vida al nacer aumentó a 70.3 en 1990-1995, contra 50.8 que representó en 1950-1955. Estos datos demuestran que el proceso de envejecimiento provoca a su vez cambios en el perfil de salud-enfermedad de la población en general, dentro de estos cambios se han señalado la importancia de los padecimientos crónico-degenerativos.

Con la información anterior se puede realizar un análisis somero, el cual nos demuestra lo siguiente:

- las cinco principales causas de mortalidad general son padecimientos no infecciosos.
- En relación con el volumen global de las defunciones, las cinco primeras causas concentran casi la mitad de las defunciones (46%).

La hipertensión arterial es una de las enfermedades crónicas de mayor impacto social en el mundo, porque disminuye las perspectivas de vida de quien la padece y condiciona la presencia de otras enfermedades de enorme trascendencia, como la cardiopatía isquémica y la enfermedad cerebrovascular.

De las enfermedades cardiovasculares la hipertensión arterial es la más frecuente, sin embargo en México la magnitud de el problema no se ha determinado con precisión ya que los indicadores epidemiológicos son limitados para medir el daño a la salud que este padecimiento causa, el problema es mayor porque se estima que solo el 50% de los casos se saben hipertensos y que de estos solamente la mitad recibe algún tipo de tratamiento, el cual en algunos casos resulta inadecuado.

El impacto social y económico de la hipertensión arterial si consideramos que es un factor importante de riesgo para tres problemas fundamentales de la salud pública cuya magnitud y trascendencia se ha incrementado en nuestro país en los últimos años:

- 1.-La enfermedad cerebrovascular es para 1991 la sexta causa de mortalidad general en México. (Ver cuadro 1).
- 2.- Dentro de la morbilidad propia de el I.M.S.S. el Infarto agudo al miocardio y los eventos vasculares vasculares están dentro de las primeras causas de mortalidad. (Ver cuadro 2).
- 3.-La hipertensión Arterial es causa frecuente de incidencia en la consulta externa de el primer nivel de atención (De echo ocupa el segundo lugar). (Ver cuadro 3).

MORTALIDAD GENERAL EN MEXICO

Diez causas principales (1995)

Causa	Tasa*
1. Enfermedades del corazón	73.1
2. Tumores malignos	50.8
3. Accidentes	41.9
4. Diabetes mellitus	33.4
5. Ciertas afecciones originadas en el período perinatal	24.4
6. Enfermedad cerebrovascular	23.7
7. Cirrosis y otras enfermedades crónicas del hígado	23.2
8. Neumonía e influenza	21.0
9. Homicidio y lesiones infligidas intencionalmente por otra persona	18.1
10. Enfermedades infecciosas intestinales	14.9
T O T A L	470.6

* Tasa por cada 100 000 habitantes

- INEGI 1995

Cuadro 1.

MORBILIDAD DE LA POBLACION DERECHOHABIENTE DEL IMSS ES SEMEJANTE A NIVEL NACIONAL, LAS DIEZ PRINCIPALES CAUSAS DE MORTALIDAD EN LA INSTITUCION 1995:

- 1.- Diabetes mellitus.
- 2.- Hipoxia y asfixia neonatal.
- 3.- Cirrosis hepática.
- 4.- Enfermedades del tubo digestivo.
- 5.- Nefritis y Síndrome Nefrótico.
- 6.- Neumonías y Bronconeumonías.
- 7.- *Infarto agudo del miocardio.*
- 8.- *Otras enfermedades cardiacas.*
- 9.- *Hemorragia intracraneal.*
- 10.- Otras enfermedades pulmonares.

Fuente: Subdirección General Médica. Jefatura de atención médica 1992.
Cuadro 2.

MORBILIDAD EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR No. 20 IMSS.
MEXICO, D.F.
INCIDENCIA DE LOS 10 PADECIMIENTOS MAS FRECUENTES. SEGUN LA DEMANDA
DE ATENCION.

PADECIMIENTO	1a. vez	Subse- cuenta	total
1. Infecciones respiratorias agudas.	30,673	21,381	52,054
2. Hipertensión arterial.	139	25,793	26,112
3. Diabetes mellitus.	145	23,524	23,669
4. Enf. de la cavidad bucal.	9,241	12,169	21,410
5. Enf. Intestinales no definidas.	5,568	4,297	9,865
6. Trastornos del dorso y no Espec.	3,086	5,178	8,264
7. Parasitosis intestinales.	2,594	1,733	4,327
8. Contusiones simples.	2,842	6,359	9,201
9. Trastornos de uretra y urinarios.	3,307	4,202	7,509
10. Enf. inflamatorias utero vaginales.	1,589	2,153	3,742

Fuente: ARIMAC UMF No. 20 México, D.f 1995
Cuadro 2.

En suma la hipertensión arterial por si misma asi como los riesgos cerebrales y cardiacos que ocasiona, constituye un problema de salud publica primordial para el país.

La O.M.S. ha estimado que entre un 8% y un 18% de la población mundial adulta sufre algun grado de hipertension arterial, y en México algunos estudios muestran resultados hasta de un 27% de prevalencia de la hipertensión arterial.

En vista de el gran impacto de la hipertensión arterial se tiene contemplado un programa preventivo en donde se realizan las siguientes actividades:

- Realizar diagnostico oportuno de la hipertensión arterial.
- Efectuar seguimiento de los casos.
- Promover la participación de la comunidad y el personal de salud.
- Capacitar y adiestrar a el personal.
- Informar a los pacientes y a la comunidad en general.
- Mantener adecuada y actualizada la información epidemiologica.
- Tomar de la presion arterial a todas las personas mayores de 25 años, cuando menos una vez al año.
- Orientar a la población para que se eviten los factores de riesgos modificables y los que ocasionan la hipertensión arterial.

ETIOLOGIA Y CLASIFICACION DE LA HIPERTENSION

1. HIPERTENSION PRIMARIA (ESENCIAL): Hipertensión de causa indeterminada.
2. HIPERTENSION SECUNDARIA: Es la hipertensión debida a:
 - 1.- Enfermedad renal:
 - a) nefropatía (estenosis de la arteria renal debido a aterosclerosis o hiperplasia fibromuscular), aneurisma, embolia e infarto.
 - b) Enfermedad del parénquima renal (glomerulonefritis aguda o crónica, pielonefritis, riñón poliquístico, tuberculosis renal, hemorragia pericapsular y cicatrización subsiguiente debido a traumatismo).
 - c) Tumores renales (Tumor de Wilms, tumores productores de renina).
 - d) Arteritis.
 - 2.- Trastornos endócrinos:
 - a) Síndrome de Cushing.
 - b) Acromegalia.
 - c) Aldosteronismo primario.
 - d) Feocromocitoma.
 - 3.- Coartación de la aorta.
 - 4.- Defectos enzimáticos:
 - a) defecto enzimático de la 17 β -hidroxilación, que produce amenorrea a causa de sobreproducción de precursores del cortisol.
 - b) Defectos enzimáticos de la 11 β -hidroxilación y la 21 alfa-hidroxilación, con virilismo infantil resultante.
 - 5.- Trastornos neurológicos:

Aumento de la presión intracraneal por tumores del cerebro o accidente cardiovascular.

6.- Hipertensión inducida por medicamentos:

- a) Administración prolongada de corticoesteroides.
- b) Uso exclusivo de desoxicorticosteroides y de sales de los compuestos 5-fluorados en el tratamiento de la hipotensión postural.
- c) El uso en exceso de amfetaminas o de tiroxina en exceso.
- d) Ingestión crónica de regaliz, que produce pseudoaldosteronismo.
- e) Uso de anticonceptivos orales.

7.- Hipercalcemia de cualquier causa.

8.- Trastornos neurológicos, posiblemente psicógenos.

9.- Deficiencia de enzimas histicas vasodilatadores
(especialmente, las prostaglandinas, bradicinina, tejido medular renal).

Tambien otras bibliografias proponen otra clasificación en donde se considera como una presión normal la de 140/90 para adultos mayores de 18 años, y si se sobre pasa de esas cifras se dice que se es hipertenso pero dependiendo de la severidad esta se divide en estadios:

ESTADIO	PRESION SISTOLICA MMHG.	PRESION DIASTOLICA MMHG
ESTADIO I (leve)	141-159	91-99
ESTADIO II (moderada)	160-179	100-109
ESTADIO III (severa)	180-209	110-119
ESTADIO IV (muy severa)	MAS DE 210	MAS DE 120
HAS AISLADA	MAS DE 140	MAS DE 90

La hipertensión es un problema de salud pública que su control se basa en buena medida en su diagnostico temprano evitando así la patología que da lugar y que esto, se enfatiza, es la historia clínica la que sigue siendo el pilar para hacer diagnostico, pues cada vez es mayor y completo el numero de exámenes de laboratorio y gabinete que con frecuencia desvian la atención de el médico.

A pesar de la arbitrariedad de las cifras exactas, es necesario fijar normas, puesto que las decisiones sobre la evaluación diagnóstica y la iniciación de la terapia deben tomarse sobre una base racional.

Además de definir la hipertensión, muchas veces es útil desde un punto de vista operacional, clasificar a los pacientes hipertensos de acuerdo con la severidad de su hipertensión.

SEVERIDAD DE LA HIPERTENSION

SEVERIDAD	PRESION DIASTOLICA mm Hg	PRESION SISTOLICA mm Hg
límite	84 - 90	128 - 140
leve	91 - 104	141 - 159
moderada	105 - 114	160 - 180
grave	> 114	> 180
maligna*	> 140	
aislada**	< 90	> 160

* Aumento sustancial reciente de la presión arterial por arriba de su medición basal normal, lo suficiente para causar daño a vasos de retinaos.

** Considerada como un factor de riesgo establecido para el evento vascular cerebral y cardiopatía isquémica.

CUADRO CLINICO.

Hipertensión leve y moderada: recordar que parte de la evolución es asintomática, pero puede encontrarse:

- cefalalgia inespecífica
- mareo
- fatiga
- palpitaciones cardiacas.

Hipertensión grave: Puede dar sintomatología de urgencia hipertensiva en donde no hay daño a organo blanco u puede haber sintomatología de emergencia hipertensiva con el subsecuente daño a organo blanco.

EVALUACION CLINICA INICIAL

La elevación de la presión arterial es generalmente descubierta durante un examen de rutina. Para establecer el diagnóstico de hipertensión arterial sistémica, el médico deberá realizar varios registros y con el paciente si es posible lo más relajado y confortable posible. Se deberá obtener una historia clínica completa poniendo especial atención al uso de medicamentos que pueden interferir con el control de la presión arterial, como por ejemplo los descongestionantes, los anticonceptivos orales, los anorexigénicos, los antiinflamatorios no esteroideos, las hormonas tiroideas exógenas y el consumo de alcohol. El examen físico deberá enfocarse en el daño a órganos blanco e indicios que sugieran causas secundarias.

Los individuos que tengan Hipertensión arterial leve se les deberá repetir la medición de la presión arterial en dos meses a la visita inicial, mientras que los individuos con hipertensión arterial moderada deberán chequearse 1 a 2 semanas después de la visita inicial. Los pacientes con hipertensión severa o maligna acelerada deberán ser tratados inmediatamente, así como cuando se detecte daño a órganos blanco.

La solicitud de laboratorio incluirá un examen general de orina, una biometría hemática, química sanguínea con cuantificación de potasio, sodio, calcio, creatinina, colesterol y triglicéridos en ayuno, así como también el ácido úrico. Se les debe realizar una teleradiografía de tórax P.A. y un electrocardiograma. En vista a la baja incidencia de hipertensión secundaria, una investigación exhaustiva de causas secundarias no será necesario en la mayoría de los casos. Las pruebas diagnósticas adicionales se reservarán en los casos en que sean potencialmente corregibles las causas como por ejemplo en aquellos pacientes que la hipertensión arterial se presente antes de los 30 años de edad o en los individuos mayores de 60 años y en los que respondan pobremente a un manejo médico agresivo.

CONSIDERACIONES TERAPEUTICAS

El tratamiento no farmacológico (medidas higiénico dietéticas) de gran importancia para un buen control de la hipertensión arterial se vea más adelante pues tiene mucha relación con los factores de riesgo.

El tratamiento farmacológico se caracteriza por la utilización de un solo medicamento a dosis bajas, el que se selecciona de uno de los grupos siguientes:

- Betabloqueadores.
- Diuréticos de acción antihipertensiva.
- Inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina.
- Antagonistas de el calcio.
- Vasodilatadores.

Si con esto la Hipertensión arterial no se controla, se puede iniciar combinaciones:

- Diurético más betabloqueador.
- Diurético más inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina.
- Inhibidor de la ECA más calcio antagonistas.

Así mismo se debe mandar a segundo nivel de atención medica los casos siguientes:

- Sospecha de hipertensión arteial secundaria.
- Presion diastolica inicial mayor de 110 mmhg.
- Fracaso terapeutico.
- Sospecha o comprobación de complicaciones.
- Crisis hipertensiva.

La mayoría de los pacientes requieren de tratamiento antihipertensivo prolongado, aunque un significativo porcentaje de individuos pueden mantener la presión arterial dentro de cifras normales después de la discontinuación del medicamento antihipertensivo. El objetivo primario terapéutico es la reducción de la presión arterial sistólica y diastólica a 140/90 mm Hg y a menos de 160 /90 en la hipertensión arterial aislada. En la ausencia de crisis hipertensiva, la presión arterial deberá reducirse gradualmente para evitar complicaciones como la isquemia cerebral.

Una adecuada educación del paciente es un componente esencial en el plan de tratamiento, se deberá enfatizar por parte del médico hacia el paciente que:

- 1.- El tratamiento será a largo plazo.
- 2.- Los síntomas son marcadores poco confiables en relación a la severidad de la hipertensión arterial.
- 3.- El pronóstico mejora con un manejo adecuado.

Todos los pacientes con presión arterial diastólica de 90 mm Hg ó más son considerados para el establecimietno del tratamiento médico. Alternativamente la Organización Mundial de la Salud y la Asociación Internacional de HIpertensión han recomendado que después de 3 a 6 meses de observación con una presión arterial distólica de 95 mm Hg o más se utilice como indicador para establecer un tratamiento médico activo. El tratamiento efectivo reduce la morbimortalidad del evento vascular cerebral, falla cardiaca, renal y para todos los grados de hipertensión arterial sistémica, pero con un efecto modesto en la Hipertensión arterial leve.

La incidencia de infarto miocárdico agudo mortal se ha reducido al tratar la Hipertensión arterial moderada y severa pero sin evidencia de que un tratamiento antihipertensivo de la esta sea efectivo en reducir la incidencia de eventos coronarios. Si bien la coronariopatía es la secuela más común de la HA leve, el riesgo excesivo es concentrado en aquellos pacientes con hipercolesterolemia, disminución de la tolerancia a la glucosa e hipertrofia ventricular izquierda, así como los fumadores. Estas consideraciones enfatizan que el tratamiento de todos los grados de hipertensión arterial sistémica deberá conducirse de acuerdo al perfil fisiopatológico de cada individuo. Se deberá tomar precauciones en los pacientes que usen medicamentos que puedan afectar en forma adversa la tolerancia a la glucosa, el metabolismo de los lípidos y otros factores de alto riesgo cardiovascular. Una prueba a corto plazo de tratamiento no farmacológico puede ser apropiado para paicentes con hipertensión arterial y ausencia de daño a órganos blanco. El tratamiento con medicamentos se combinará con medidas no farmacológicas cuando el perfil del paciente incluya solo falla en la modalidad de tratamiento sin medicamentos, presencia de daño a algún órgano blanco, o factores de riesgo mayores para enfermedad vascular coronaria (por ejemplo historia familiar de enfermedad cardiovascular, sexo masculino, colesterol sérico elevado, diabetes o consumo de cigarros).

La educación continua del paciente se tendrán que enfatizar. Las causas secundarias se tomarán en cuenta con los factores antes mencionados.

La mayoría de los pacientes hipertensos pueden alcanzar un control adecuado de la hipertensión con muchos medicamentos; con una vasta opción terapéutica se requieren otros criterios más que la eficacia del medicamento.

EL ENFOQUE DE RIESGO EN LA ATENCION A LA SALUD

Ese apartado es de mucha importancia puesto que gran parte de el estudio es ver como los factores de riesgo modifican o no la enfermedad, de esto lo primero que tenemos que estudiar es que el enfoque de riesgo es un método que se emplea para medir la necesidad de atención por parte de grupos específicos. En toda sociedad hay comunidades, familias e individuos cuya probabilidad de enfermar, morir o accidentarse es mayor que la de otros. La vulnerabilidad especial, ya sea para la enfermedad o para la salud, es el resultado de un número de características interactuantes: biológicas, genéticas, ambientales, psicológicas, sociales, económicas, etc. Nuestra habilidad para medir estos riesgos con cierta precisión es relativamente reciente.

El término riesgo, en términos generales, es una medida que refleja la probabilidad de que se produzca un hecho o daño a la salud (enfermedad, muerte, etc). El enfoque de riesgo se basa en la medición de esa probabilidad, la cual se emplea para estimular la necesidad de atención a la salud o de otros servicios.

La parte más alta de la escala de probabilidad representa una certeza absoluta, y la parte más baja de la escala, marcada en 0, representa imposibilidad absoluta.

El riesgo es la medida de una probabilidad estadística de un suceso futuro. Cuando la probabilidad es conocida y se trata de una dolencia, enfermedad, accidente o muerte, que pueden ser evitados o reducidos si se emprenden acciones antes de que aquellos acontezcan, se habla de la utilización del enfoque de riesgo con fines preventivos.

Parte del enfoque de riesgo involucra el supuesto de que a medida que avance el conocimiento sobre factores de riesgo, los daños a la salud ocurrirán con menor frecuencia. Con éxito, se estará en condiciones de preparar una lista de características que describa, con mayor precisión, a aquellos que murieron. Esta lista es la lista de factores de riesgo.

Un factor de riesgo es una característica o circunstancia detectable en individuos o en grupos, asociada con una probabilidad incrementada de experimentar un daño a la salud.

Hay diferentes maneras de medir la relación entre factores de riesgo y daños a la salud. El riesgo absoluto es la incidencia del daño en la población total. El riesgo relativo es una comparación de la frecuencia con que ocurre el daño en los individuos que tienen el atributo o factor de riesgo y la frecuencia con que acontece en aquellos que no tienen el factor de riesgo. El riesgo atribuible es una medida útil para mostrar la proporción en que el daño podría ser reducido si los factores de riesgo causales desaparecieran de la población total.

El enfoque de riesgo puede ser utilizado tanto dentro como fuera del sistema de atención a la salud. La información de él derivada puede utilizarse para definir prácticas de educación para la salud y mejorar la atención a la misma. La participación de la comunidad en el reconocimiento de los factores de riesgo de individuos y de grupos permite aumentar la conciencia hacia los problemas de la salud y los programas de acción comunitaria.

Dentro del sistema de atención a la salud, puede facilitar una mayor cobertura, mejorar el sistema de referencia y facilitar el control de los factores de riesgo. Puede producir cambios en el estilo y condiciones de vida y del medio ambiente.

Finalmente, el enfoque de riesgo ayuda a identificar la contribución de otros componentes (sociales, económicos y ambientales) al proceso de salud-enfermedad.

RIESGOS BIOLOPSICOSOCIALES DE LA HIPERTENSION ARTERIAL.

La presión arterial está asociada con un incrementado riesgo de padecer enfermedad cardíaca coronaria, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal y enfermedad vascular, y estos riesgos se incrementan más cuando no se tiene un buen control de la presión arterial. El tratamiento de la hipertensión no tan solo es dar medicamentos sino incidir en el estilo y calidad de vida de el paciente hipertenso además de incluir en el tratamiento a su familia ya que esta puede interferir en cambiar aquellos factores de riesgo modificables y tratar de mejorar la historia natural de la enfermedad. La prevención primaria de este importante problema por medio de los factores de riesgo da la oportunidad de reducir el costo de el manejo médico y farmacológico de la hipertensión arterial y de sus complicaciones.

A continuación se exponen los principales factores de riesgo para la hipertensión arterial sistémica.

EDAD.

La hipertension es mas frecuente entre los 50 años y los 80 años. Se tiene menos prevalencia en edades menores.

Cuando mas joven es un paciente al cual se le hace un diagnostico temprano de la hipertension arterial mayor es su reduccion de esperanza de vida sin tratamiento y con el consiguiente aumento del costo de el tratamiento farmacologico.

SEXO.

A todas las edades tanto en poblaciones blancas y las que no lo son, las mujeres hipertensas tienen un mejor pronostico que los varones.

Sin embargo las mujeres con hipertension tienen los mismos riesgos relativos de crisis cardiovasculares en relacion con las mujeres normotensas que los varones hipertensos en relacion con los varones normotensos.

CONTROL DE PESO.

Hay una relacion directa entre el incremento de el peso y el incremento de la presion arteriar. Se recomienda reducir el peso corporal minimo entre un 10% y un 15% con tratamiento medico o no.

CONCENTRACION DE SODIO EN LA DIETA.

Hay muchos estudios que apoyan la relacion directa de la ingesta de sal en la dieta y la elevacion y dificil control de la presion arterial elevada, la ingesta que se recomienda se dice que no debe pasar de los 6 grms. al dia.

EJERCICIO.

Estudios descriptivos y experimentales apoyan la idea de que el ejercicio ayuda a controlar e inclusive a disminuir las cifras de presion arterial. (el ejercicio debe ser de bajo a moderado), el mejor es el caminar pues disminuye de manera consistente y fiable la hipertension arterial. Se debe evitar el sedentarismo.

INGESTA DE ALCOHOL.

También el reducir la ingesta de alcohol ayuda a controlar mejor y prevenir la hipertensión arterial, se ve como una ingesta diaria de más de 40 gramos de alcohol elevan la presión arterial, así mismo una reducción de 350ml (35 gramos de alcohol) por semana disminuyen de 3 a 5 mmhg la presión sistólica. Se recomienda que la ingesta de alcohol no debe pasar de dos tragos al día.

El consumo de alcohol será moderado, con lo que se sugiere la ingesta de 30 ml. del alcohol destilado por día reduciendo la presión arterial en pacientes hipertensos. No será necesario suspender por completo la ingesta del alcohol, ya que el consumo de pequeñas cantidades (10 a 30 ml del alcohol destilado, 120 ml de vino o 360 ml de cerveza pueden reducir la prevalencia de enfermedad cerebrovascular y coronaria).

OTROS ELEMENTOS DE LA DIETA.

SUPLEMENTO DE POTASIO.

No se ha demostrado pero el potasio puede tener un papel preponderante en la prevención de la presión arterial así como facilitar su control, y esto puede ser tan importante como la dieta baja en sodio y el control de peso. Un estudio así lo demuestra.

SUPLEMENTO DE ACEITE DE PESCADO.

La ingesta de omega-3 poliinsaturado ácidos grasos como el de el aceite de pescado puede facilitar y reducir la presión arterial elevada, esto según la teoría es que este ácido refuerza la capa endotelial y disminuye las resistencias vasculares aunque faltan más estudios para confirmar lo anterior.

SUPLEMENTO DE CALCIO.

Algunas personas han especulado que hay una completa interrelación entre la ingesta de calcio y mecanismos neurohormonales que influyen para disminuir la hipertensión arterial. Una dieta rica en calcio puede tener un efecto hipotensor, lo que se recomienda es una ingesta de 800a 1200b mgs al día.

SUPLEMENTO DE MAGNESIO.

Se han realizado estudios donde se concluye diciendo que puede prevenir la hipertension arterial pero mas sin embargo no han sido estadisticamente significativos.

SUPLEMENTO DE FIBRA.

Al momento actual no existen datos suficientes para afirmar qvue una dieta rica en fibra es un metodo para prevenir la hipertension o para mejorar su control.

La restricci3n de sodio es controversial aunque parece ser una forma efectiva y segura de reducir modestamente la presi3n arterial en los pacientes mayores de 40 a3os. La eficacia de los suplementos de potasio, magnesio, clacio as3 como la terapia de relajaci3n no han probado su efectividad pero pueden ser de ayuda en algunos pacientes.

MANEJO DE EL STRESS.

Ya se ha demostrado que la presi3n arterial tanto sistolica como diastolica se elevan cuando existen en la circulaci3n un incremento de los niveles de catecolaminas, asi mismo se ha visto que personas a las cuales estan bajo mucha presi3n elevan su presi3n arterial y esto puede ser un factor de riesgo (la presencia de un ambiente hostil o estresante el cual puede ser el familiar), asi pues el stress no es tan solo un factor de riesgo para adquirir la hipertension arterial sino tambien para mantenerla y tener un dif3cil control. Aun asi faltan mas estudios para comprobar de manera significativa este aspecto como factor de riesgo.

PERSONALIDAD TIPO A.

Numerosos factores psicosociales han sido enfatizados que juegan un papel muy importante en las enfermedades cardiovasculares y coronarias.

La personalidad tipo A fue descrita por primera vez desde la década de los cincuentas, como común en ciertos grupo de pacientes los cuales tenían enfermedades cardiovasculares, estas características comunes como: ser muy competitivos, actitudes obsesivas, pocas y poco definidas metas, necesidad de que se les reconozca, persistente preocupación por el tiempo, descargar muchas actividades en poco tiempo, necesidad de hacer trabajos extenuantes casi sin descanso, de extrema concentración y cuidado y altos niveles de stress y hostilidad.

En múltiples estudios se ha sugerido mas no confirmado la relación de la personalidad tipo A y las enfermedades cardiovasculares esta relación puede verse incrementada cuando otros factores de riesgo entran en juego.

Así mismo podemos decir que hay factores de riesgo en donde al identificarlos tenemos que hacer un mejor o mas energético cuidado de los pacientes o en su defecto tener un control mas estrecho de la hipertensión arterial:

- 1.- Presión arterial que en forma crónica la tenga en los límites normales altos.
- 2.- Antecedentes heredo familiares positivos para la hipertensión.

La presión arterial de los familiares de primer grado, se correlaciona de forma significativa la herencia depende de varios genes pero cuya expresión puede resultar modificada por los factores ambientales.

- 3.- Antecedentes heredo familiares de ser nativos de Africa o americanos.
- 4.- Sexo masculino.
- 5.- Tabaquismo.

Aunque el tabaquismo no ha demostrado ser causa de hipertensión, el médico sugerirá a quienes fuman que el abandonar este mal hábito reducirá el riesgo cardiovascular y en consecuencia disminuirá las cifras de hipertensión. Dependiendo de la situación clínica del paciente varias formas de tratamiento no medicamentoso podrán ser establecidas en base a la efectividad en la disminución de las cifras de la hipertensión arterial.

- 6.- Diabetes mellitus.

7.-Hipercolesterolemia.

La aterosclerosis acelerada es un acompañante constante de la hipertension, así pues no es sorprendente que los factores de riesgo independientes asociados al desarrollo de la aterosclerosis, por ejemplo concentraciones elevadas de colesterol sérico, intolerancia a la glucosa y tabaquismo aumenten significativamente el efecto de la hipertension sobre la tasa de mortalidad independientemente a la edad, sexo o raza.

El consumo de grasas saturadas se deberá reducir. La disminución de la dieta con grasas saturadas sólo o en combinación con el aumento del consumo de grasas poliinsaturadas condiciona una modesta reducción en la presión arterial, estas medidas pueden servir para reducir el aumento del colesterol inducido con el uso de diuréticos o beta-bloqueadores.

8.-Sobrepeso.

9.-Exceso de consumo de sodio.

10.- falta de ejercicio.

11.- Ingesta de estrogenos, corticoesteroides descongestionantes nasales.

12.- Signo de lesiones a organos diana:

- Cardiomegalia.
- Alteraciones electrocardiograficas de ischemia o sobrecarga ventricular izquierda.
- Infarto al miocardio.
- Insuficiencia cardiaca congestiva.

- Exudados y hemorragias retinianas
- Edema de papila.

- Alteracion en la funcion renal.

- Accidente vascular cerebral.

Es muy importante incidir sobre los factores de riesgo los cuales ya estan comprobados y muy documentados que si se evitan o disminuyen se puede hacer un mejor control y prevencion de hipertension arterial.

1.-Disminuir peso.

2.-Reducir la ingesta de sodio en la dieta.

3.-Reducir el consumo de alcohol.

4.-Realizacion de ejercicio.

Así como también hay que empezar en modificar aquellos factores de riesgo los cuales todavía no están muy documentados o comprobados para incidir sobre la hipertension arterial.

Es de suma importancia la reducción del peso corporal que será fuertemente estimulado en los pacientes con un peso mayor al 15% de su peso corporal ideal. La disminución del peso corporal puede llevarse a cabo por restricción calórica con una mejoría importante en la presión arterial diastólica. En suma, la mejoría en el perfil del colesterol y la regresión de la hipertrofia ventricular izquierda ha sido documentada en pacientes hipertensos controlados con la disminución del peso corporal.

La práctica regular de ejercicio dinámico si la situación clínica lo permite. Períodos de ejercicio dinámico en forma moderada, por ejemplo, caminata, natación resulta en una reducción significativa de la presión arterial independientemente de la reducción de peso (por cada Kg de peso corporal perdido disminuye de 1.5 a 2.5 mm Hg) y la excreción alterada de sodio.

Todo lo antes mencionado nos muestra la importancia de saber reconocer los factores de riesgo para que una persona padesca hipertensión arterial o bien que ya teniendola pero no lleva un tratamiento adecuado tendría mas riesgo de padecer complicaciones que afectan a numerosos sistemas de la economía humana. Es por eso que es necesario e imperioso reconocer los factores de riesgos, saber cuales son mas dañinos, cuales son los que si no se tratan de corregir a tiempo se presentarían en un tiempo mas corto las complicaciones teniendo un peor pronostico a corto plazo.

Se tiene bastante información acerca de los factores de riesgo biológicos y algo de los psicológicos (principalmente en lo concerniente en lo que respecta al stress y el tipo de personalidad) pero no de forma completa, casi no se tiene información actual y completa acerca de los factores de riesgo familiares y sociales.

La especialidad en Medicina Familiar a puesto sus esfuerzos precisamente en incidir en los factores de riesgo psicológicos, sociales y familiares principalmente por medio de las bases teóricas de el A.I.S.F.A (Abordaje integral de la salud familiar).

MODELO DE ABORDAJE INTEGRAL DE LA SALUD

I. SOPORTES TEORICOS.

La medicina familiar constituye una forma de práctica de la medicina que comparte su objetivo de estudio (la salud-enfermedad de los seres humanos) con otras disciplinas pero que lo aborda en una unidad de análisis propia que es la familia y este abordaje es integral. La integridad de este abordaje se da con tres EJES y en tres MOMENTOS perfectamente identificables pero siempre en interacción dialéctica.

Los ejes están constuidos por:

1. El eje de las esferas: la biológica, la psicología y la social.
2. El eje de los ámbitos: ámbito psicosocial (individuo); ámbito sociodinámico (grupo) y ámbito insitucional (situación o contexto).
3. El eje de las funciones: función asistencial o de servicio; función docente o educacional y función investigativa.

Por su parte, los momentos están constituídos por:

1. El momento del diagnóstico.
2. El momento del manejo.
3. El momento del pronóstico.

Cada momento y cada eje, es el producto de la interacción dialéctica de sus componentes; cada momento interactúa dialécticamente con los otros dos, en cada uno de los 3 momentos. De toda esta red de interacciones obtenemos como resultado:

1. Un momento de **DIAGNOSTICO INTEGRAL** que es el producto de la indagación diagnóstica, en el campo de la salud-enfermedad y en los tres ejes implicados.
2. Un momento de **PRONOSTICO INTEGRAL** que consiste en predecir la evolución del proceso salud-enfermedad en cada uno de los tres ejes y como producto de la interacción de éstos con base en la indagación diagnóstica.
3. Un momento de **MANEJO INTEGRAL** que consiste en el abordaje de la salud-enfermedad mediante la integración de los tres ejes implicados y tanto con intenciones terapéuticas como profilácticas.

PLANTEAMIENTO DE EL PROBLEMA.

El medico especialista en Medicina Familiar, es aquel profesional de la Medicina responsable de otorgar atención medica primaria, integral y continua al individuo y su familia. Y dentro de esta atención medica el debe de ser un experto en el reconocimiento de factores de riesgo tanto en niños, adolescentes, embarazadas como en adultos y ancianos, pero en esta practica se enfrenta a que ademas de reconocer los factores de riesgo (que en este caso son para la hipertensión arterial) debe saber que riesgos son mas dañinos para la salud que otros y cuando se debe tener una opinión de otro especialista para evitar complicaciones, es por eso que surge la necesidad de realizar un encuesta que sirva para identificar y reconocer los factores de riesgo para la hipertensión arterial.

Asi mismo es de importancia ver el porque algunos pacientes a pesar de el tratamiento impuesto no bajan sus cifras de tensión arterial, ¿no sera que no se les ha reconocido la importancia de sus factores de riesgo o no se han incidido en ellos? y ¿los que se tiene buen control de hipertensión arterial es porque se han modificado sus factores de riesgo o estos son de menor daño que los que presentan los pacientes descontrolados?, estas y muchas interrogantes quedan sin respuesta por lo que se daría mucha importancia para el clinico si se pudiese tener una encuesta para detectar los factores de riesgo para la hipertensión arterial y detectar mas facilmente si su descontrol sea debido a que no se han cambiado sus factores de riesgo modificables por lo que surge la siguiente pregunta:

¿"Realmente una encuesta de factores de riesgo de la hipertensión Arterial Sistémica serviría para identificar pacientes hipertensos descontrolados."

HIPOTESIS.

No es necesaria porque es un estudio descriptivo.

MATERIAL Y METODOS.

El presente estudio que de acuerdo a los criterios de clasificación es una encuesta descriptiva prospectiva, observacional y transversal se realizo en la Unidad de Medicina Familiar numero 20 de la Delegación 01 Noroeste, D.F. En el servicio de consulta externa tanto en turno matutino y vespertino en una muestra de trecientas familias adscritas a la misma (ciento cincuenta por cada turno). Durante el periodo comprendido de Marzo a Agosto de 1997. Con el proposito de detectar factores de riesgo para la Hipertensión Arterial Sistemica y de esta forma identificar pacientes hipertensos descontrolados, las trecientas familias se escogieron por muestra estratificada y probabilistica (cada estrato era un consultorio y de este se obtenian al azar 5 pacientes hipertensos al azar, el tamaño de la muestra fue obtenido con la estimación de un porcentaje (Que en este caso fue de un 25% lo cual corresponde a la incidencia a nivel nacional de la Hipertensión Arterial Sistemica), todo lo anterior fse obtuvo con ayuda de el programa de computadora epidemiológico EPI. 6.0.

Dentro de los Criterios de inclusion estan los siguientes.

- 1.-Familias que sean derechohabientes de la U.M.F. No 20, ambos turnos.
- 2.- Familias hipertensas las cuales se tenga un diagnostico dado por Medico familiar con un año minimo de evolución independientemente si se tenga o no tratamiento esten en control o descontrol ya sea que se tenga hipertension arterial de el tipo etiologico esencial o secundaria.
- 3.- Que el paciente de las familias hipertensas no tengan menos de 20 años de edad.

Los criterios de no inclusion:

- 1.- Que no pertenescan a la U.M.F No. 20 de el I.M.S.S.
- 2.-Que se tenga duda en el diagnostico para afirmar si se es hipertenso o no.
- 3.-Pacientes menores de 20 años de edad.
- 4.- Pacientes embarazadas.

El sistema para captar la información fue la entrevista directa al paciente que cumpliera con los criterios de inclusión, se les aplicaba la encuesta donde se les preguntaba actores de riesgo biológicos (Edad, sexo, peso, edad, toxicomanías, ejercicio, antecedentes personales tanto patológicos como no patológicos, complicaciones, tipo de tratamiento y fármacos) (Ver anexo 1) y posteriormente se les tomaba la presión arterial en posición parado sentado y acostado, después se captó en una base de datos computarizada en el programa epidemiológico EPI 6 y de ahí se de acuerdo a los resultados obtenidos por la calificación de la encuesta y las tomas de la presión arterial se vertieron a un cuadro tetracórico para obtener el análisis estadístico de sensibilidad, especificidad y valor predictivo.

El cuadro tetracórico quedó de la siguiente manera:

CUADRO TETRACORICO		PRESION ARTERIAL		TOTALES
		DESCONTROL +	CONTROL -	
RESULTADOS INSTRUMENTO O PRUEBA	ALTO RIESGO +	A	B	
	BAJO RIESGO -	C	D	
TOTALES				

Para poder plasmar los resultados de la encuesta se tuvo que tomar como parámetros establecidos lo siguiente:

Hipertensión controlada: Aquel paciente hipertenso con más de un año de evolución con hipertensión arterial diagnosticada médicamente y que por medio de tratamiento farmacológico o no, tenga cifras de presión menor sistólica sea menor de 140 y presión arterial diastólica menor a 90 mmHg. Ya sea en las tres posiciones (parado, sentado o acostado) o que presente dichas cifras en dos de tres posiciones.

Hipertension descontrolada: Aquel paciente hipertenso con mas de un año de evolucion con hipertension arterial diagnosticada medicamente y que a pesar de el tratamiento farmacologico o no, tenga cifras de presion sistolica mayor de 140 y presion arterial diastolica mayor de a 90 mmhg o que presente en las tres posiciones (parado sentado y acostado) o que presente en dichas cifras en dos de tres psociones.

Bajo riesgo: Es la calificacion de 0 a 19 puntos de acuerdo a la ponderacion dada por las encuesta.

Alto riesgo: Es la calificacion de 20 a 40 puntos de acuerdo a la ponderacion dada por la encuesta.

PRESENTACION DE RESULTADOS.

Los resultados mas importantes son los siguientes:

175 (58.3%) de los pacientes de la muestra tiene mas de 60 años, de 41 a 60 años 110 (36.7%), de 21 a 40 años solo cinco (1.7%) y por ultimo 10 pacientes los cuales tenian 20 años añ momento de realizar la encuesta (*vid Supra cuadro y grafica 1*). de estos 192 pacientes son mujeres y 108 son hombres (*vid Supra cuadro y grafica 2*). Tambien 133 (44.3%) de los pacientes tienen antecedentes heredo familiares positivos para la Hipertensión arterial (*vid supra cuadro y grafica 3*).

Con respecto al peso el promedio fue de 71 kgs, 135 pacientes (45%) tienen un sobrepeso grado II, y 150 (16.7%) de todos los pacientes tienen un sobrepeso tercer grado (*vid Supra cuadro y grafica 4*). 204 (68%) tienen una dieta hiposodica mientras que el restantes 96 (32%) ingiere tiene una dieta con ingesta abundante de sal (*Vid Supra cuadro y grafica 5*). 66 pacientes (22%) se alimenta con una dieta alta en carbohidratos (*Vid Supra cuadro y grafica 6*).

Solo el 30 (10%) de los encuestados todavia tiene el hábito de el tabaquismo. De este 10% el 60% son mujeres. Y Solo 12 (4%) todavia ingiere alcohol en forma regular. Con respecto al cafe (Cafeina) 159 (53%) pacientes lo consumen en forma regular y 133 (45)% consume the (xantinas) en forma regular (*Vid Supra cuadro y grafica 7, 8, 9 y 10 respectivamente*).

Un dato importante es que de los 300 pacientes hipertensos solo el 94 (31.3%) es decir una tercera parte realiza ejercicio en forma regular (*Vid Supra cuadro y grafica 11*).

Algo interesante es que 164 (54.7%) de los encuestados son amas de casa le siguen los jubilados o pensionados con 92 (30.7%), posteriormente 21 (7.0%) tecnicos, 10 (3.3%) obreros y 5 (1.7%) campesinos (*Vid Supra cuadro y grafica 12*).

82 (27.3%) de los pacientes de familias hipertensas sienten que trabajan o viven bajo mucho stress (*Vid Supra cuadro y grafica 13*). y 121 pacientes (40.3%) un poco mas de la tercera parte tiene personalidad tipo A. (*Vid Supra cuadro y grafica 14*).

225 (75%) de los pacientes tienen un grado de estudios que equivale a haber estudiado la primaria o menos (*Vid Supra cuadro y grafica 15*) y de los 300 encuestados 200 (66.7%) viven con uno o menos de un salario mínimo (*Vid Supra cuadro y grafica 16*).

Con respecto al tipo de familia el tipo que mas prevalecio fue el de la familia nuclear con un 171 (87%) familias nucleares le sigue la estensa con 29 (9.7%) y por ultimo la compuesta con solamente 9 (3.0%) (*Vid Supra cuadro y grafica 17*).

Y el ciclo familiar que mas prevalecio con 138 (46.0%) familias fue la fase de retiro y muerte, le sigue el ciclo de independecia y muerte con 75 (25%) familias (*Vid sSupra cuadro y grafica 18*).

80 (26.7%) de los pacientes no tenian ningun antecedente personal patologico de importancia antes de que se le diagnosticara la hipertension (*Vid Supra cuadro y grafica 19*), mas sin embargo 83 (27.7%) casi una tercera parte tenian el antecedente de haber tenido un tratamiento quirurgico antes de su Hipertension arterial sistematica, seguido de antecedente quirurgico mas alergico con 18 pacientes (6.0%), enfermedad articular degenerativa con 16 (5.3%), antecedentes alergicos con 11 (3.7%) principalmente (*Vid Supra cuadro y grafica 20*).

El tipo de hipertension que mas prevalecio fue la esencial con 297 casos (99%) y solamente fueron tres casos (1%) en los que se documento que su hipertension fue secundaria. (principalmente por nefropatia diabetica y a otros problemas nefrologicos) (*Vid Supra cuadro y grafica 21*).

172 (57.3%) de los pacientes tenian entre 41 a 60 años de edad cuando se les hizo el diagnostico de hipertension, 85 (28.3%) tienen mas de 60 años y solo 43 pacientes (14.3%) se les detecto hipertension arterial entre los 21 y 40 años (*Vid Supra cuadro y grafica 22*).

Un promedio de 10 años de evolucion de la hipertension que presentaron los 300 encuestados.

130 (43.4%) de los encuestados no tienen hasta la actualidad ninguna complicación (*Vid Supra cuadro y grafica 23*). la complicación mas frecuente es la crisis hipertensiva la cual la han presentado 66 (22%) de los pacientes. en segundo lugar estala insuficiencia cardicada la cual la padecen 22 pacientes (7.3%), posteriormente la angina con 14 (4.7%), Diabetes Mellitus y enfermedad vascular cerebral con 9 pacientes (3.0%) (*Vid Supra cuadro y grafica 24*).

Solamente cuatro pacientes (1.3%) de los 300 no toman ni medicamentos ni llevan a cabo medidas higienico dieteticas y tambien tiene cifras elevadas de la H.A.S. (*Vid Supra cuadro y grafica 25*).

178 (59.3%) de los pacientes de familias hipertensas no realizan medidas higienico dieteticas como parte de su tratamiento. solo 122 (40.7%) si las realiza. (*Vid Supra cuadro y grafica 26*).

La monoterapia es lo que predomina en los tratamientos farmacologicos pues 218 (73.0%)pacientes solamente toman un tipo de pastilla(en un 70%) y 78 (26.6%) dos o mas tipos de medicamentos para controlar la hipertension (*Vid Supra cuadro y grafica 27*).

El medicamento antihipertensivo que mas recetan los medicos familiares de la U.M.F. No. 20. Es el captopril 152 (51.4%)de todos los pacientes lo toman, seguido esta el metroprololol pues lo toman 63 pacientes (21.3%) y en tercer lugar la nifedipina con 44 pacientes (14.9%), y los diureticos tipo cloralidona los cuales son tomadospor 13 pacientes (4.4%) (*Vid Supra cuadro y grafica 28*).

186 (62.0%) de los pacientes tardan menos de 30 minutos en llegar desde sus domicilios hasta la clinica. 99 (33.0%) tardan de 31 a 60 minutos y solamente 15 pacientes (5.0%) tardan mas de una hora (*Vid Supra cuadro y grafica 29*).

Delos 300 pacientes, 107 (35.6%) tienen descontrol de sus cifras de hipertension arterial y 193 (64.4%) tienen un buen control de su hipertension arterial (*Vid Supra cuadro y grafica 30*).

42 pacientes (14%) tenian al momento de realizar la encuesta presiones diastolicas mayores o iguales a 110mmhg, lo que tenian una crisis hipertensivas y la mayoría de estos pacientes ya habian tenido su control mensual momentos antes.

Al analizar el cuadro tetracórico las 300 familias hipertensas quedaron de la siguiente manera:

-95 (31.6%) familias hipertensas tienen tanto descontrol de sus cifras de presión arterial como alto riesgo.

-99 (33.0%) familias hipertensas tienen buen control pero un alto riesgo.

-12 (4.0%) familias solamente tienen descontrol pero tienen factores de riesgo bajos.

-Y 94 (31.4%) familias tienen cifras controladas de su hipertensión arterial y tienen así mismo bajo riesgo.

Dicho de otra manera el cuadro tetracórico quedaría de la siguiente manera:

CUADRO TETRACÓRICO		PRESIÓN ARTERIAL		TOTALES
		DESCONTROL +	CONTROL -	
RESULTADOS INSTRUMENTO O PRUEBA	ALTO RIESGO +	95	99	194
	BAJO RIESGO -	12	94	106
TOTALES		107	193	300

- La odds ratio fue de 7.52.

-Riesgo relativo fue de 4.33.

-Valor de chi cuadrada sin corrección fue de 42.34, el valor de P fue de 0.000001

-El valor predictivo positivo fue de el 48%

-El valor predictivo negativo fue de el 11%

-La sensibilidad fue de el 88%

-Y la especificidad fue de el 48%.

CUADROS Y GRAFICOS.

TABLA NUMERO 1.
RELACION DE PACIENTES DE FAMILIAS HIPERTENSAS DE ACUERDO A GRUPO DE EDAD. U.M.F. No. 20, I.M.S.S. MARZO-AGOSTO 1997.

GRUPO ETARIO.	No. DE PACIENTES	PORCENTAJE. (%)
0 - 20 años.	1 0	3 . 3
21 - 40 años.	0 5	1 . 7
41 - 60 años.	1 1 0	3 6 . 7
61 - mas años.	1 7 5	5 8 . 3
T o t a l	3 0 0	1 0 0 . 0

CUADRO NUMERO 2.
RELACION DE PACIENTES DE FAMILIAS HIPERTENSAS DE ACUERDO A SEXO. U.M.F. No. 20, I.M.S.S. MARZO-AGOSTO 1997.

S E X O .	No. PACIENTES	PORCENTAJE (%)
F E M E N I N O .	1 9 2	6 4 . 0
M A S C U L I N O .	1 0 8	3 6 . 0
T o t a l .	3 0 0	1 0 0 . 0

CUADRO NUMERO 3.
RELACION DE PACIENTES DE FAMILIAS HIPERTENSAS DE ACUERDO A ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES PARA LA HIPERTENSION ARTERIAL. U.M.F. No. 20, I.M.S.S. MARZO-AGOSTO 1997.

ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES.	NUMERO DE PACIENTES	PORCENTAJE (%)
NO TIENEN.	1 9 2	6 4 . 0
SI TIENEN.	1 0 8	3 6 . 0
T o t a l .	3 0 0	1 0 0 . 0

CUADRO NUMERO 4.

RELACION DE PACIENTES DE FAMILIAS HIPERTENSAS DE ACUERDO A EL SOBREPESO QUE PRESENTAN. U.M.F. No. 20. I.M.S.S. MARZO-AGOSTO 1997.

SOBREPESO (%)	No. DE PACIENTES.	PORCENTAJE (%)
GRADO I.	1 1 5	3 8 . 3
GRADO II.	1 3 5	4 5 . 0
GRADO III.	5 0	1 6 . 7
T O T A L .	3 0 0	1 0 0 . 0

CUADRO NUMERO 5.

RELACION DE PACIENTES DE FAMILIAS HIPERTENSAS DE ACUERDO A INGESTA DE SODIO. U.M.F. No. 20. I.M.S.S. MARZO-AGOSTO 1997.

INGESTA DE SAL	No. DE PACIENTES.	PORCENTAJE. (%)
NO INGIERE SODIO.	2 0 4	6 8 . 3
INGIERE SODIO.	9 6	3 2 . 0
T O T A L .	3 0 0	1 0 0 . 0

CUADRO NUMERO 6.

RELACION DE PACIENTES DE FAMILIAS HIPERTENSAS SEGUN INGESTA DE CARBOHIDRATOS. U.M.F. No. 20. I.M.S.S. MARZO-AGOSTO 1997.

INGESTA DE CARBOHIDRATOS	No. DE PACIENTES.	PORCENTAJE. (%)
COME MENOS O IGUAL A DOS TORTILLAS O PANES.	2 3 4	7 8 . 0
COME MAS DE DOS TORTILLAS O PANES.	6 6	2 2 . 0
T O T A L .	3 0 0	1 0 0 . 0

CUADRO NUMERO 7.

RELACION DE PACIENTES DE FAMILIAS HIPERTENSAS DE ACUERDO A EL HABITO DE EL TABAQUISMO (QUE NO LO HAYAN DEJADO) U.M.F. No. 20. I.M.S.S. MARZO-AGOSTO 1997.

TABAQUISMO.	No. DE PACIENTES.	PORCENTAJE (%)
N O	2 7 0	9 0
S I	3 0	1 0
T O T A L .	3 0 0	1 0 0 . 0

CUADRO NUMERO 8.

RELACION DE PACIENTES DE FAMILIAS HIPERTENSOS DE ACUERDO A EL HABITO DE EL ALCOHOLISMO (QUE NO LO HAYAN DEJADO). U.M.F. No. 20. I.M.S.S. MARZO-AGOSTO 1997.

ALCOHOLISMO.	No. DE PACIENTES.	PORCENTAJE (%)
N O .	2 8 8	9 6 . 0
S I .	1 2	4 . 0
T O T A L .	3 0 0	1 0 0 . 0

CUADRO NUMERO 9.

RELACION DE LOS PACIENTES DE FAMILIAS HIPERTENSAS DE ACUERDO A EL HABITO DE TOMAR CAFE (CAFEINA). U.M.F. No. 20. I.M.S.S. MARZO-AGOSTO 1997.

INGESTA DE CAFE.	No. DE PACIENTES.	PORCENTAJE (%)
N O .	1 4 1	4 7 . 0
S I .	1 5 9	5 3 . 0
T O T A L .	3 0 0	1 0 0 . 0

CUADRO NUMERO 10.

RELACION DE PACIENTES DE FAMILIAS HIPERTENSAS DE ACUERDO A LA INGESTA DE THE (XANTINAS) U.M.F. No. 20. I.M.S.S. MARZO-AGOSTO 1997.

INGESTA DE THE.	No. DE PACIENTES.	PORCENTAJE (%)
N O .	1 6 7	5 5 . 7
S I	1 3 3	4 4 . 3
T O T A L .	3 0 0	1 0 0 . 0

CUADRO NUMERO 11.

RELACION DE PACIENTES DE FAMILIAS HIPERTENSAS DE ACUERDO A LA REALIZACION O NO DE EJERCICIO. U.M.F. No. 20. I.M.S.S. MARZO-AGOSTO 1997.

EJERCICIO	No. DE PACIENTES.	PORCENTAJE (%)
S I .	9 4	3 1 . 3
N O .	2 0 6	6 8 . 7
T O T A L .	3 0 0	1 0 0 . 0

CUADRO NUMERO 12.

RELACION DE PACIENTES DE FAMILIAS HIPERTENSAS DE ACUERDO A OCUPACION ACTUAL. U.M.F. No. 20. I.M.S.S. MARZO-AGOSTO 1997.

OCUPACION.	No. DE PACIENTES.	PORCENTAJE (%)
CAMPESINO.	5	1 . 7
OBRERO.	1 0	3 . 3
TECNICO.	2 1	7 . 0
PROFESIONISTA.	8	2 . 7
AMADE CASA.	1 6 4	5 4 . 7
PENSIONADO O JUBILADO	9 2	3 0 . 7
TOTAL.	3 0 0	1 0 0 . 0

CUADRO NUMERO 13.

RELACION DE PACIENTES DE FAMILIAS HIPERTENSAS DE ACUERDO A REFERIR SI TIENEN POCO O MUCHO STRESS. U.M.F. No. 20. I.M.S.S. MARZO-AGOSTO 1997.

STRESS	No. DE PACIENTES.	PORCENTAJE (%)
POCO STRESS.	2 1 8	7 2 . 7
MUCHO STRESS.	8 8	2 7 . 3
TOTAL	3 0 0	1 0 0 . 0

CUADRO NUMERO 14.

RELACION DE PACIENTES DE FAMILIAS HIPERTENSAS DE ACUERDO A TIPO DE PERSONALIDAD. U.M.F. No. 20 I.M.S.S. MARZO- AGOSTO 1997.

PERSONALIDAD.	No. DE PACIENTES.	PORCENTAJE.
TIPO A	1 2 1	4 0 . 3
TIPO B	1 7 9	5 9 . 7
TOTAL.	3 0 0	1 0 0 . 0

CUADRO NUMERO 15.

RELACION DE PACIENTES DE FAMILIAS HIPERTENSAS DE ACUERDO A SU GRADO DE ESCOLARIDAD. U.M.F. No. 20, I.M.S.S. MARZO-AGOSTO 1997.

GRADO DE ESCOLARIDAD.	No. DE PACIENTES.	PORCENTAJE (%)
PRIMARIA O MENOS.	225	75.0
SECUNDARIA Y MAS.	75	25.0
TOTAL.	300	100.0

CUADRO NUMERO 16.

RELACION DE PACIENTES DE FAMILIAS HIPERTENSAS DE ACUERDO A SU NIVEL SOCIOECONOMICO. U.M.F. No. 20. I.M.S.S. MARZO-AGOSTO 1997.

NIVEL SOCIOECONOMICO.	No. DE PACIENTES.	PORCENTAJE (%)
MAS DE TRES SALARIOS MINIMOS.	6	2 . 0
DE DOS A TRES SALARIOS MINIMOS.	9 4	3 1 . 3
DE CERO A UN SALARIO MINIMO.	2 0 0	6 6 . 7
TOTAL.	3 0 0	1 0 0 . 0

CUADRO NUMERO 17.

RELACION DE PACIENTES DE FAMILIAS HIPERTENSAS DE ACUERDO AL TIPO DE FAMILIA. U.M.F. No. 20. I.M.S.S. MARZO-AGOSTO 1997.

TIPO DE FAMILIA.	No. DE PACIENTES.	PORCENTAJE (%)
COMPUESTA.	9	3 . 0
EXTENSA.	2 9	9 . 7
NUCLEAR.	2 6 2	8 7 . 3
TOTAL.	3 0 0	1 0 0 . 0

CUADRO NUMERO 18.

RELACION DE PACIENTES DE FAMILIAS HIPERTENSAS DE ACUERDO A LA ETAPA DE EL CICLO FAMILIAR. U.M.F. No. 20. I.M.S.S. MARZO-AGOSTO 1997.

CICLO FAMILIAR.	No. DE PACIENTES.	PORCENTAJE (%)
MATRIMONIO.	2	0 . 7
DISPERSION.	2 9	9 . 7
EXPANSION.	2	0 . 7
INDEPENDENCIA.	5 4	1 8 . 0
INDEPENDENCIA Y MUERTE.	7 5	2 5 . 0
RETIRO Y MUERTE.	1 3 8	4 6 . 6
TOTAL.	3 0 0	1 0 0 . 0

CUADRO NUMERO 19.

RELACION DE PACIENTES DE FAMILIAS HIPERTENSAS DE ACUERDO A QUE SI TUVIERON O NO ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS DE IMPORTANCIA ANTES DE EL DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION ARTERIAL U.M.F. 20 I.M.S.S. MARZO-AGOSTO 1997.

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS	No. DE PACIENTES.	PORCENTAJE (%).
NINGUNO.	8 0	2 6 . 7
ALGUNO.	1 2 0	7 3 . 4
TOTAL.	3 0 0	1 0 0 . 0

CUADRO NUMERO 20.

RELACION DE PACIENTES DE FAMILIAS HIPERTENSAS DE ACUERDO A LOS 10 PADECIMIENTOS MAS FRECUENTES ENCONTRADOS ANTES DE EL DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA. U.M.F. No. 20. I.M.S.S. MARZO-AGOSTO 1997.

PADECIMIENTOS.	No. DE PACIENTES.
QUIRURGICOS.	8 3
QUIRURGICOS MAS ALERGIAS.	1 8
ENFERMEDAD ARTICULAR DEGENERATIVA.	1 6
ALERGICOS.	1 1
QUIRURGICOS MAS ENFERMEDAD ARTICULAR DEGENERATIVA.	1 1
QUIRURGICOS MAS DEABETES MELLITUS.	1 0
DEABETES MELLITUS.	0 9
HIPERLIPIDEMIAS.	0 4
ENFERMEDAD OBSTRUCTIVA CRONICA.	0 3
TOTAL.	*****

CUADRO NUMERO 21.

RELACION DE PACIENTES DE FAMILIAS HIPERTENSAS DE ACUERDO AL ORIGEN DE SU HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA.U.M.F. No. 20. I.M.S.S. MARZO-AGOSTO 1997.

TIPO DE HIPERTENSION.	No. DE PACIENTES.	PORCENTAJE (%)
ESENCIAL	2 9 7	9 9
SECUNDARIA	3	1
TOTAL.	3 0 0	1 0 0 . 0

CUADRO NUMERO 22.

RELACION DE PACIENTES DE FAMILIAS HIPERTENSAS DE ACUERDO A LA EDAD EN QUE SE LES DIAGNOSTICO LA HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA. U.M.F. No. 20. I.M.S.S.MARZO-AGOSTO 1997.

EDAD AL MOMENTO DE EL DIAGNOSTICO.	No. DE PACIENTES.	PORCENTAJE. (%)
0 - 20	0	0 0 . 0
21 - 40	4 3	1 4 . 3
41 - 60	1 7 2	5 7 . 3
60 - MAS ANOS.	8 5	2 8 . 3
TOTAL.	3 0 0	1 0 0 . 0

CUADRO NUMERO 23.

RELACION DE PACIENTES DE FAMILIAS HIPERTENSAS DE ACUERDO A QUE SI TIENEN O NO TIENEN ALGUNA COMPLICACION ACTUAL POR LA HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA. U.M.F. 20. I.M.S.S. MARZO-AGOSTO 1997.

COMPLICACION.	No. DE PACIENTES.	PORCENTAJE (%).
NINGUNA.	1 3 0	4 3 . 4
ALGUNA COMPLICACION.	1 7 0	5 6 . 6
TOTAL.	3 0 0	1 0 0 . 0

CUADRO NUMERO 24.

RELACION DE PACIENTES DE FAMILIAS HIPERTENSAS DE ACUERDO A LAS 10 PRINCIPALES COMPLICACIONES QUE PRESENTARON DESPUES DE EL DIAGNOSTICO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA. U.M.F. No. 20. I.M.S.S. MARZO-AGOSTO 1997.

COMPLICACIONES POSTERIOR AL DIAGNOSTICO	No. DE PACIENTES.
NINGUNA.	1 3 0
CRISIS HIPERTENSIVA.	6 6
INSUFICIENCIA CARDIACA.	2 2
ANGINA.	1 4
EVENTO VASCULAR CEREBRAL.	9
INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO.	7
ARRITMIAS.	4
EVENTO VASCULAR CEREBRAL E INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO.	3
INFARTO AGUDO AL MIOCARDIO E INSUFICIENCIA CARDIACA.	3
INSUFICIENCIA CARDIACA MAS CRISIS HIPERTENSIVA.	3
TOTAL.	*****

CUADRO NUMERO 25.

RELACION DE PACIENTES DE FAMILIAS HIPERTENSAS DE ACUERDO QUE SI TIENEN TRATAMIENTO MEDICO O NO. U.M.F. No. 20. I.M.S.S.

TRATAMIENTO MEDICO.	No. DE PACIENTES.	PORCENTAJE (%)
S I .	2 9 6	9 8 . 7
N O .	4	1 . 3
T O T A L .	3 0 0	1 0 0 . 0

CUADRO NUMERO 26.

RELACION DE PACIENTES DE FAMILIAS HIPERTENSAS DE ACUERDO A SI EL TRATAMIENTO INCLUYE MEDIDAS HIGIENICO DIETETICAS. U.M.F. No. 20. I.M.S.S. MARZO-AGOSTO 1997.

MEDIDAS HIGIENICO DIETETICAS.	No. DE PACIENTES.	PORCENTAJE (%)
S I .	1 2 2	4 0 . 7
N O .	1 7 8	5 9 . 3
T O T A L .	3 0 0	1 0 0 . 0

CUADRO NUMERO 27.

RELACION DE PACIENTES DE FAMILIAS HIPERTENSAS DE ACUERDO SI RECIBIEN MONOTERAPIA. U.M.F. No. 20. I.M.S.S. MARZO-AGOSTO 1997.

MONOTERAPIA.	No. DE PACIENTES.	PORCENTAJE (%)
S I .	2 1 8	7 3 . 6
N O .	8 2	2 6 . 4
T O T A L .	3 0 0	1 0 0 . 0

CUADRO NUMERO 28.

RELACION DE PACIENTES DE FAMILIAS HIPERTENSAS DE ACUERDO A EL TIPO DE FARMACO QUE TOMAN. U.M.F. No. 20. I.M.S.S. MARZO-AGOSTO 1997.

FARMACO.	No. DE PACIENTES.	PORCENTAJE (%)
CAPTOPRIL.	1 5 2	5 1 . 4
METROPROLOL.	6 3	2 1 . 3
PROPANOLOL.	2	0 . 7
CLORTALIDONA.	1 3	4 . 4
FUROSEMIDE.	0	0 . 0
ISOSORBIDE.	5	1 . 7
NIFEDIPINA.	4 4	1 4 . 9
VERAPAMIL.	2	0 . 7
AFAMETILDOPA.	9	3 . 0
OTROS.	1 0	2 . 0
TOTAL.	3 0 0	1 0 0 . 0

CUADRO NUMERO 29.

RELACION DE PACIENTES DE FAMILIAS HIPERTENSAS DE ACUERDO A EL TIEMPO DE ESPERA. U.M.F. No. 20. I.M.S.S. MARZO-AGOSTO 1997.

TIEMPO DE ESPERA.	No. DE PACIENTES.	PORCENTAJE (%)
0 A 30 MINUTOS.	1 8 6	6 2 . 0
31 A 60 MINUTOS.	9 9	3 3 . 0
61 A MAS MINUTOS.	1 5	5 . 0
TOTAL.	3 0 0	1 0 0 . 0

CUADRO NUMERO 30.

RELACION DE PACIENTES DE FAMILIAS HIPERTENSAS DE ACUERDO A SI ESTAN CONTROLADOS O NO DE SU HIPERTENSION ARTERIAL.U.M.F. No. 20. I.M.S.S. MARZO-AGOSTO 1997.

CONTROL HIPERTENSION ARTERIAL.	No. DE PACIENTES.	PORCENTAJE (%)
S I .	1 9 3	6 4 . 4
N O .	1 0 7	3 5 . 6
T O T A L .	3 0 0	1 0 0 . 0

**RELACION DE PACIENTES DE FAMILIAS
HIPERTENSAS DE ACUERDO A SU EDAD.
U.M.F. No. 20 IMSS. MARZO-AGOSTO 1997.**

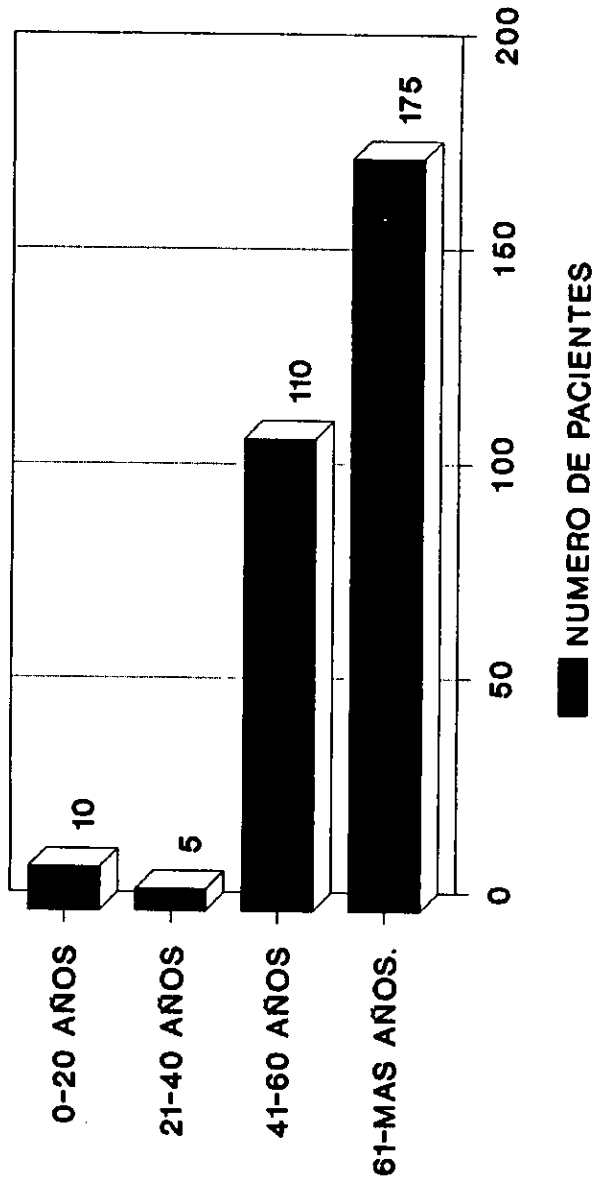
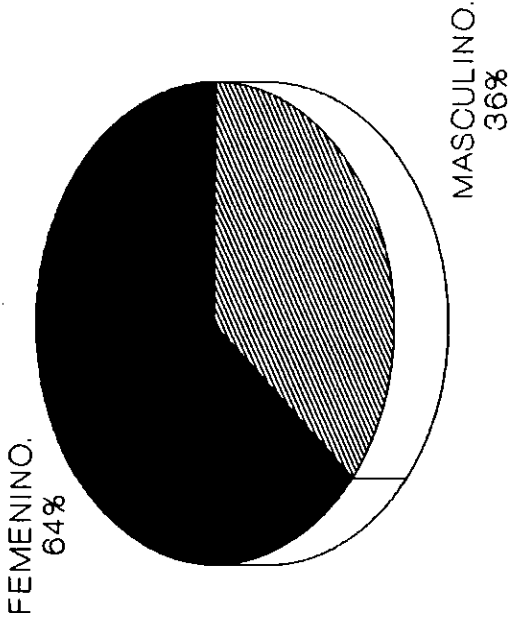


GRAFICO 1.

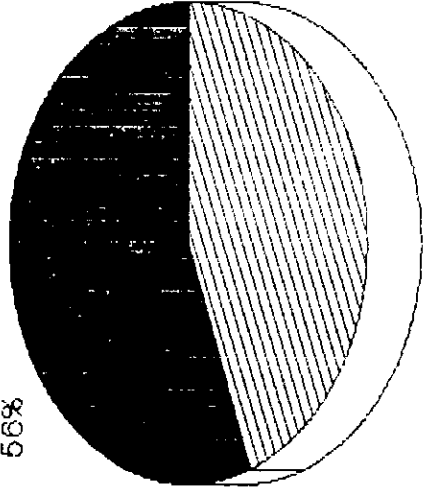
**RELACION DE PACIENTES DE FAMILIAS
HIPERTENSAS DE ACUERDO A SEXO.
U.M.F. No. 20 IMSS. MARZO-AGOSTO 1997.**



GRAFICA 2.

**RELACION DE PACIENTES DE FAMILIAS
HIPERTENSAS DE ACUERDO A A.H.F. U.M.F
No. 20. 1997.IMSS. MARZO-AGOSTO 1997.**

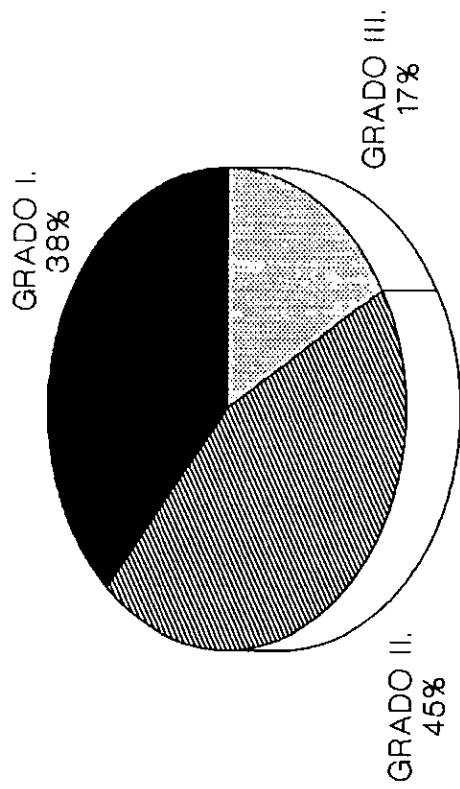
NO TIENEN A.H.F.
56%



SI TIENEN A.H.F.
44%

**A.H.F. SIGNIFICA ANTECEDENTES HEREDO
FAMILIARES.
GRAFICA 3.**

**RELACION DE PACIENTES DE FAMILIAS
HIPERTENSAS DE ACUERDO A SOBREPESO
U.M.F. No. 20. IMSS. MARZO-AGOSTO 1997.**



GRAFICA 4.

**RELACION DE PACIENTES DE FAMILIAS
HIPERTENSAS DE ACUERDO A INGESTA DE
SODIO. UMF No. 20 IMSS.MARZO-AGOSTO 1997**

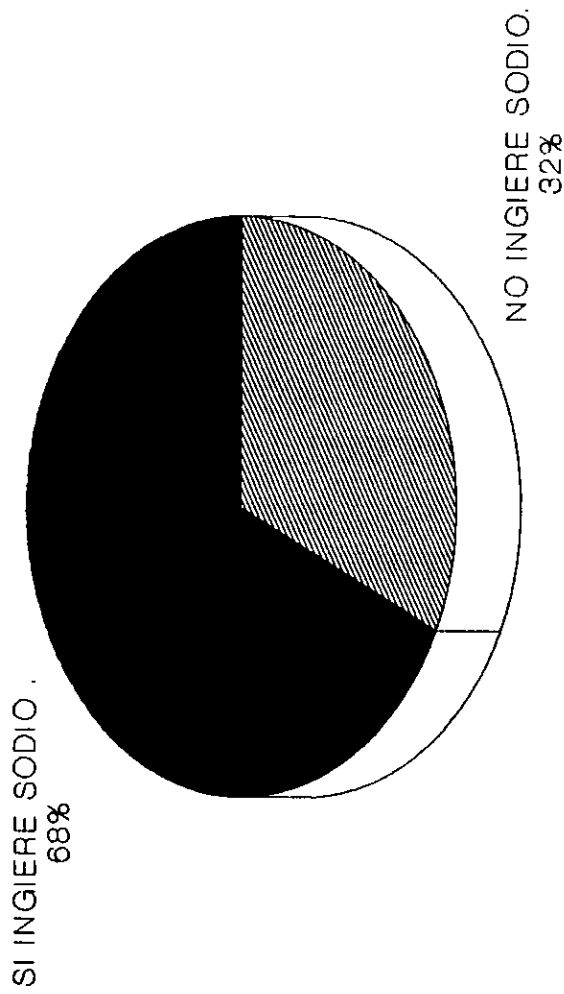


GRAFICO 5.

RELACION DE PACIENTES DE FAMILIAS
HIPERTENSAS DE ACUERDO A INGESTA DE
CHO. UMF. No. 20 IMSS. MARZO-AGOSTO 1997

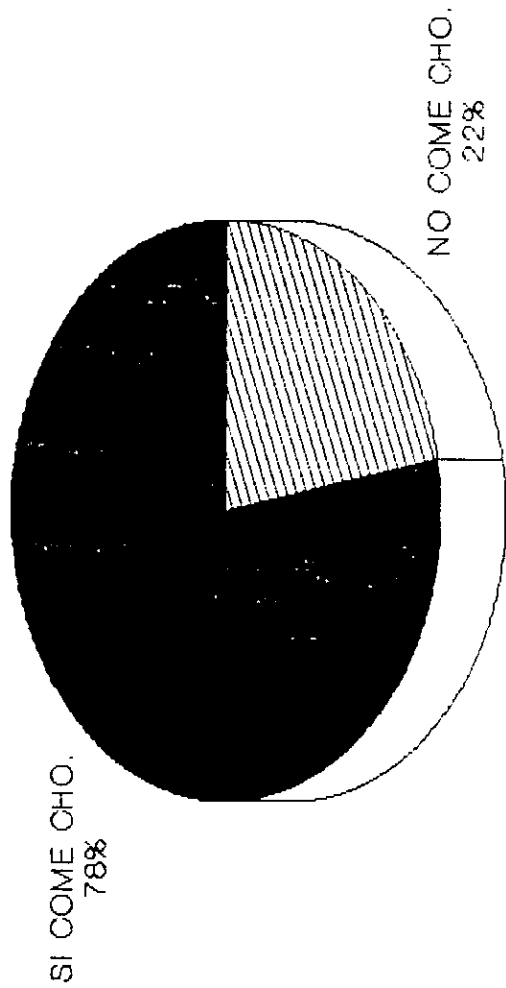


GRAFICO 6.
CHO. SIGNIFICA CARBOHIDRATOS.

**RELACION DE PACIENTES DE FAMILIAS
HIPERTENSAS DE ACUERDO A TABAQUISMO.
UMF No. 20 IMSS. 1997. MARZO-AGOSTO 1997**

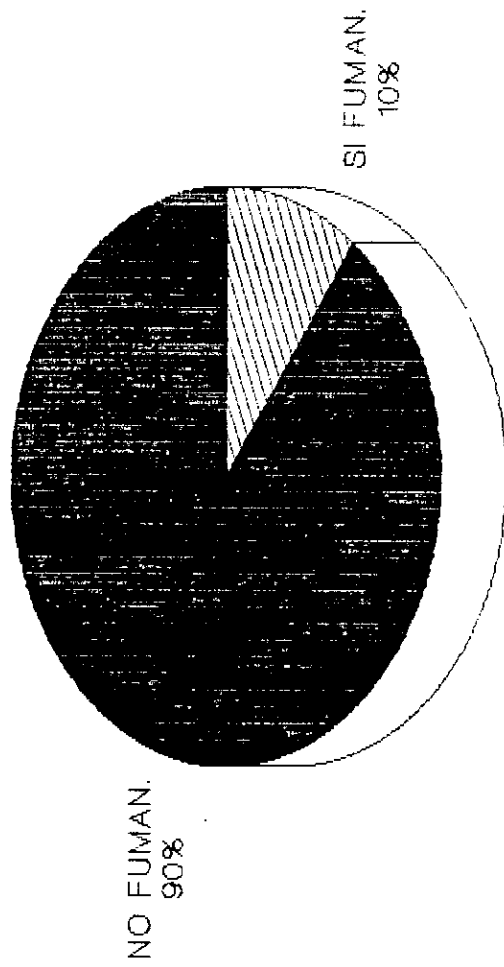


GRAFICO 7.

**RELACION DE PACIENTES DE FAMILIAS
HIPERTENSAS DE ACUERDO A ALCOHOLISMO.
UMF No. 20 IMSS. 1997. MARZO-AGOSTO 1997**

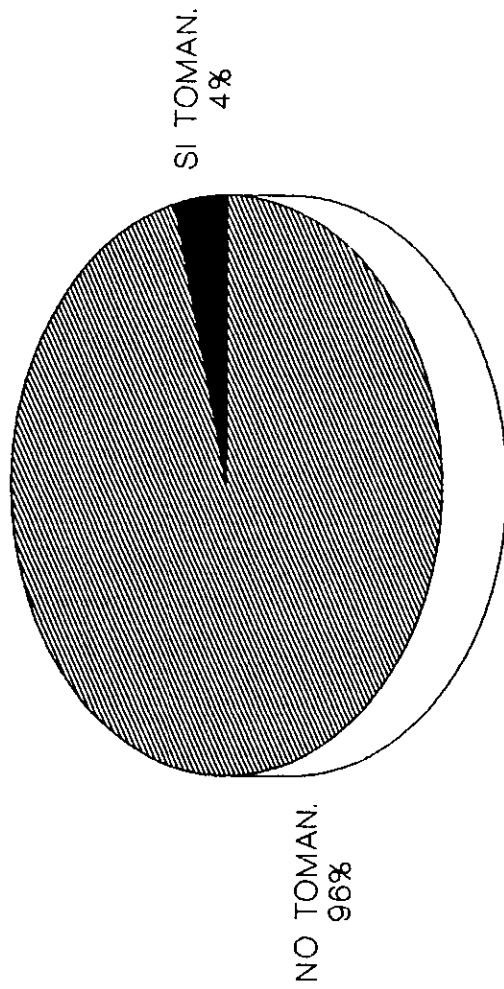
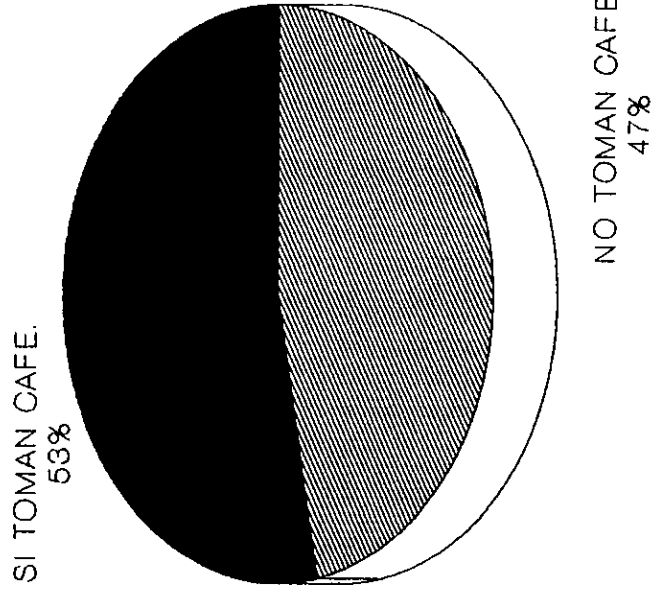


GRAFICO 8.

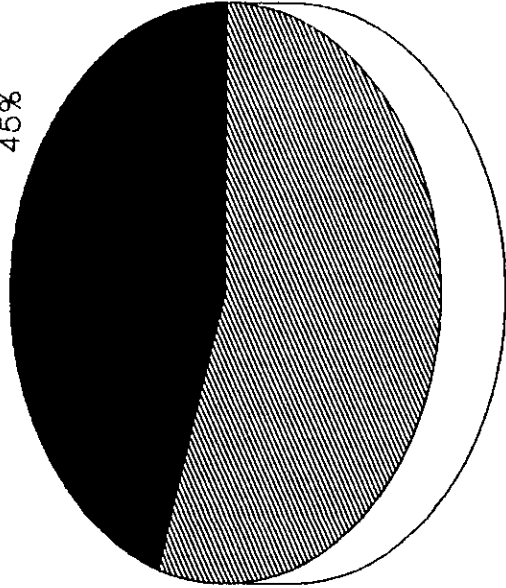
**RELACION DE PACIENTES DE FAMILIAS
HIPERTENSAS DE ACUERDO INGESTA DE
CAFE UMF No. 20 IMSS. MARZO-AGOSTO 1997.**



GRAFICA 9.

**RELACION DE PACIENTES DE FAMILIAS
HIPERTENSAS DE ACUERDO INGESTA DE
THE UMF No. 20 IMSS. MARZO-AGOSTO 1997.**

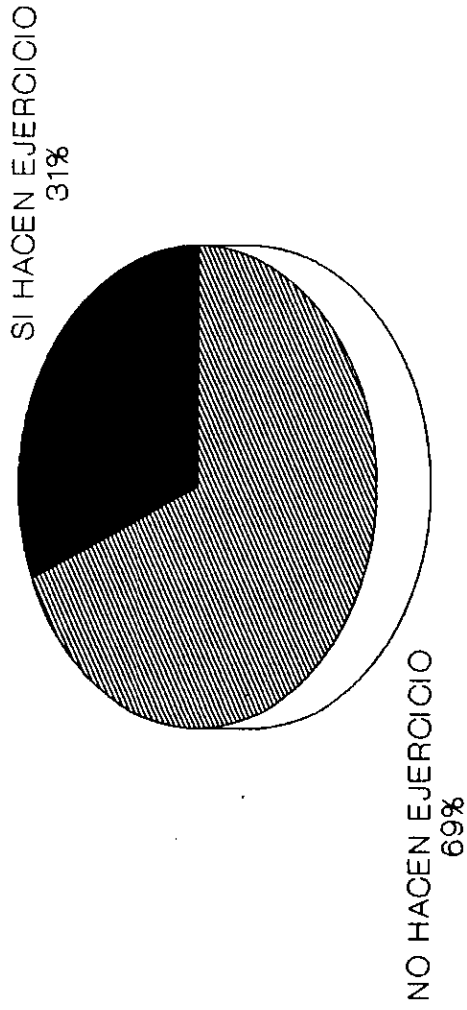
SI TOMAN THE.
45%



NO TOMAN THE.
55%

GRAFICA 10.

**RELACION DE PACIENTES DE FAMILIAS
HIPERTENSAS DE ACUERDO REALIZACION DE
EJERCICIO. UMF.20. MARZO-AGOSTO 1997.**



GRAFICA 11.

RELACION DE PACIENTES DE FAMILIAS HIPERTENSAS DE ACUERDO A OCUPACION UMF. No. 20. IMSS. MARZO-AGOSTO 1997.

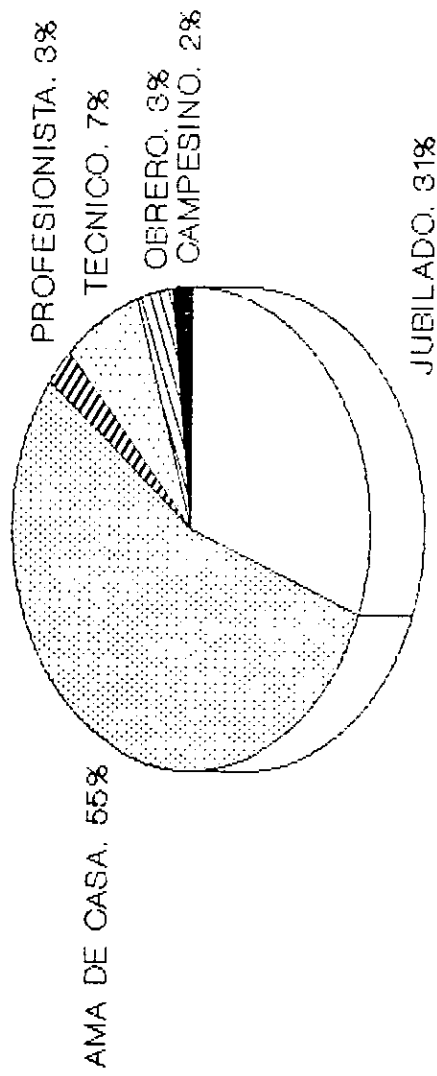
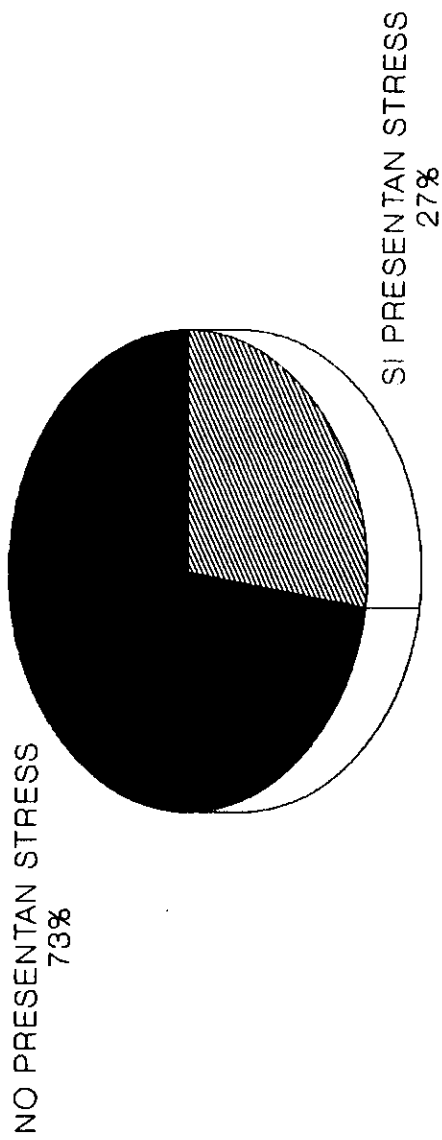


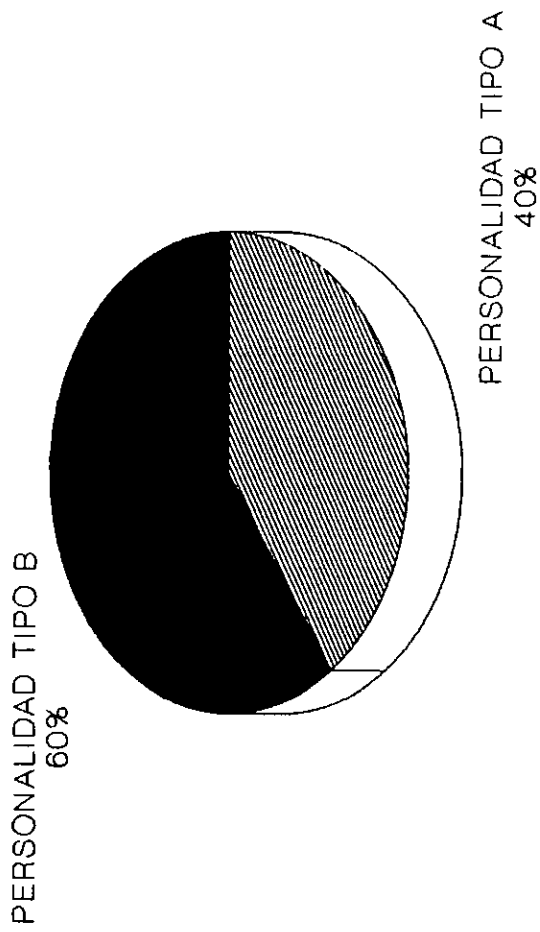
GRAFICO 12.

**RELACION DE PACIENTES DE FAMILIAS
HIPERTENSAS DE ACUERDO A LA PRESENTACION
DE STRESS. UMF.20. MARZO-AGOSTO 1997.**



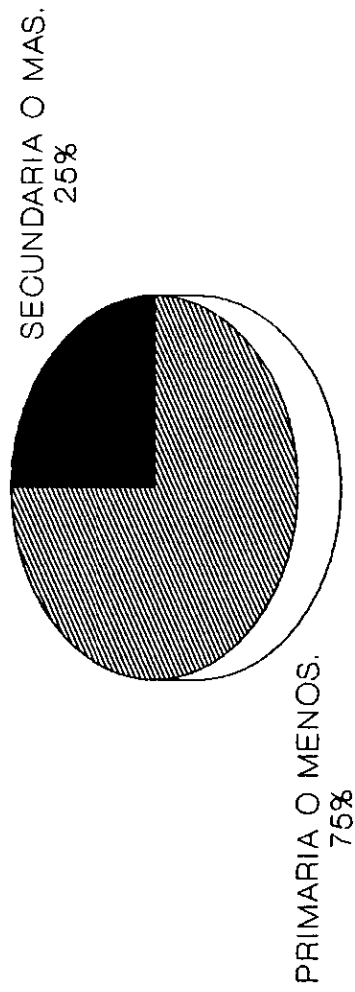
GRAFICA 13 .

**RELACION DE PACIENTES DE FAMILIAS
HIPERTENSAS DE ACUERDO A LA PERSONALIDAD
U.M.F. No. 20. IMSS. MARZO-AGOSTO 1997.**



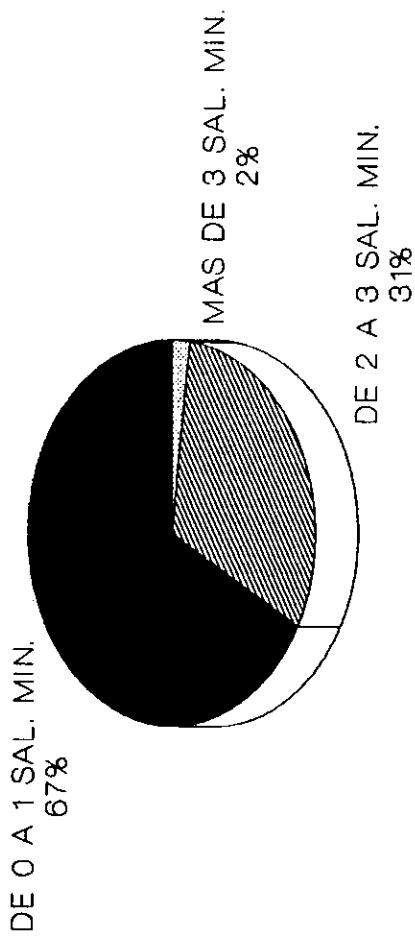
GRAFICA 14.

**RELACION DE PACIENTES DE FAMILIAS
HIPERTENSAS DE ACUERDO A SU ESCOLARIDAD
U.M.F. 20. IMSS MARZO-AGOSTO 1997.**



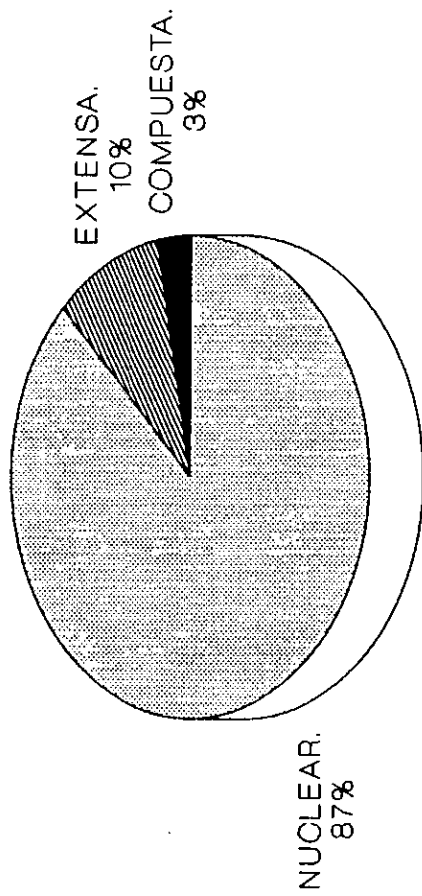
GRAFICA 15.

**RELACION DE PACIENTES DE FAMILIAS
HIPERTENSAS DE ACUERDO A SU N. ECONOMICO
UMF. 20. IMSS MARZO-AGOSTO 1997.**



**GRAFICA 16.
N. SIGNIFICA NIVEL.**

**RELACION DE PACIENTES DE FAMILIAS
HIPERTENSAS DE ACUERDO TIPO DE FAMILIA
U.M.F. No.20. IMSS. MARZO-AGOSTO 1997.**



GRAFICA 17.

**RELACION DE PACIENTES DE FAMILIAS
HIPERTENSAS DE ACUERDO A CICLO FAMILIAR.
U.M.F. No. 20. IMSS. MARZO-AGOSTO 1997.**

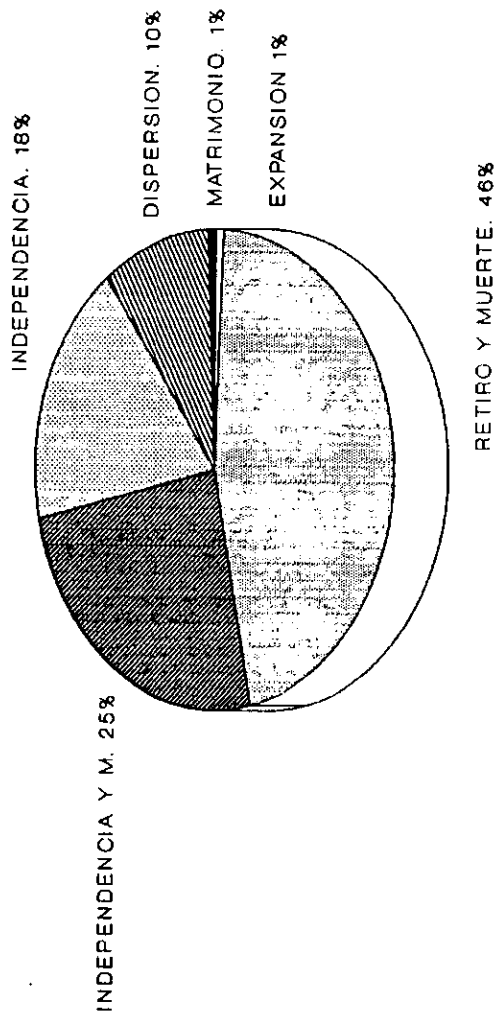
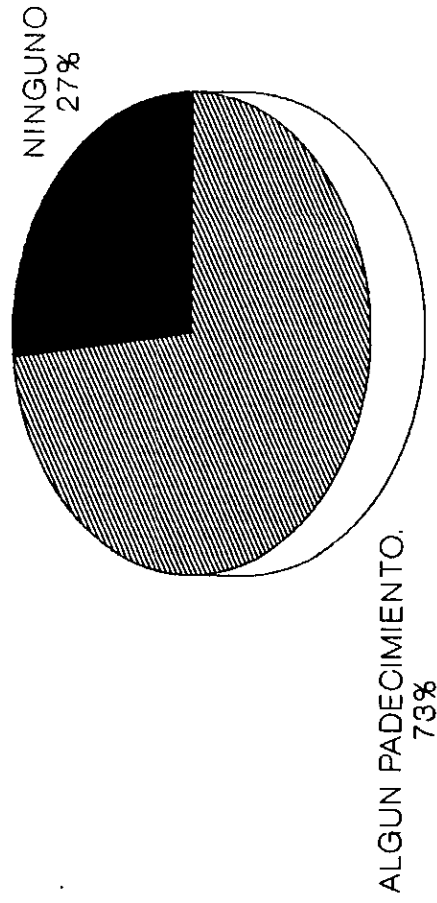


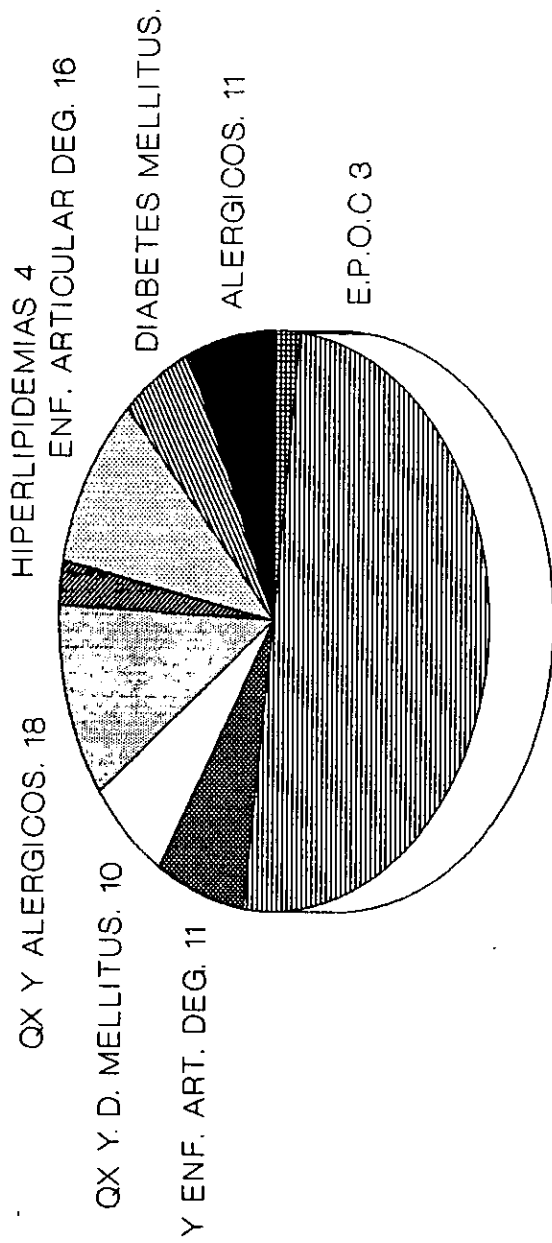
GRAFICO 18.

**RELACION DE PACIENTES DE FAMILIAS
HIPERTENSAS DE ACUERDO A A.P.P. ANTES DE
EL DX. UMF 20. IMSS. MARZO-AGOSTO 1997.**



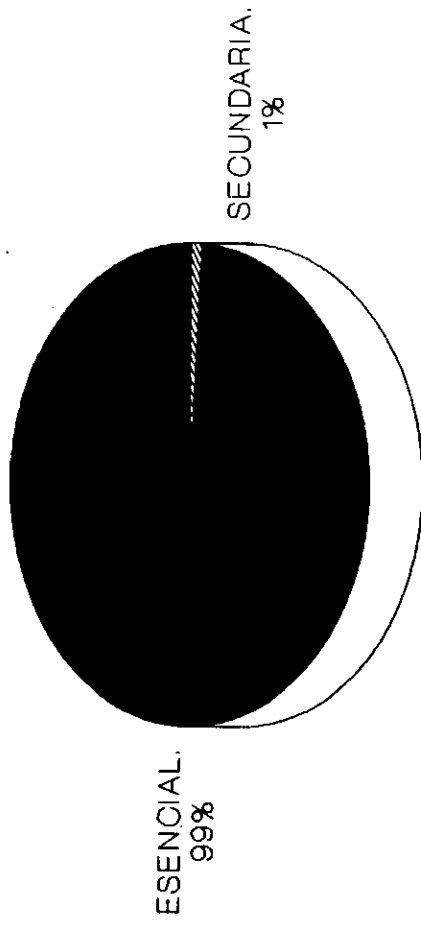
**A.P.P. SIGNIFICA ANTECEDENTES PERSONALES
PATOLOGICOS. DX. SIGNIFICA DIAGNOSTICO.
GRAFICA 19.**

**RELACION DE PACIENTES DE FAMILIAS
HIPERTENSAS SEGUN PADECIMIENTOS
ANTES HAS UMF 20 IMSS MARZO-AGOSTO 1997.**



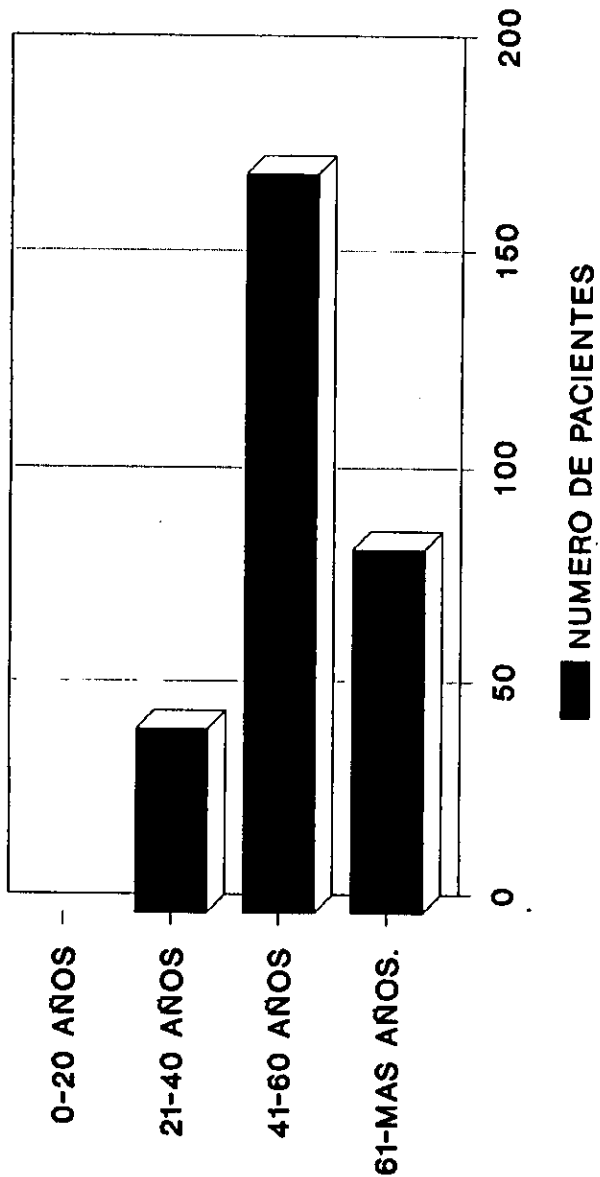
**GRAFICO 20.
QX SIGNIFICA QUIRURGICOS, EPOC SIGNIFICA
ENF. OBS. CRONICA. HAS ES HIPERTENSION**

**RELACION DE PACIENTES DE FAMILIAS
HIPERTENSAS SEGUN ETIOLOGIA DE LA
HAS. UMF. No.20 IMSS. MARZO-AGOSTO 1997.**



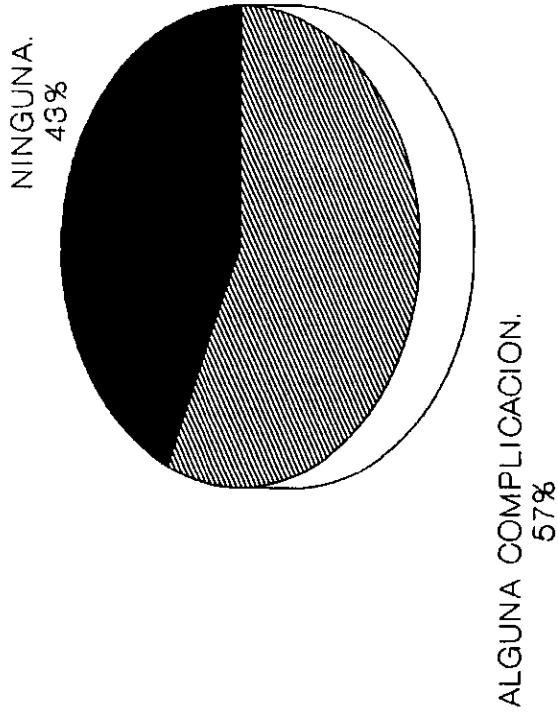
**GRAFICO 21.
HAS SIGNIFICA HIPERTENSION.**

**RELACION DE PACIENTES DE FAMILIAS
HIPERTENSAS DE ACUERDO EDAD AL MOMENTO
DEL DX. UMF.20 IMSS. MARZO-AGOSTO 1997.**



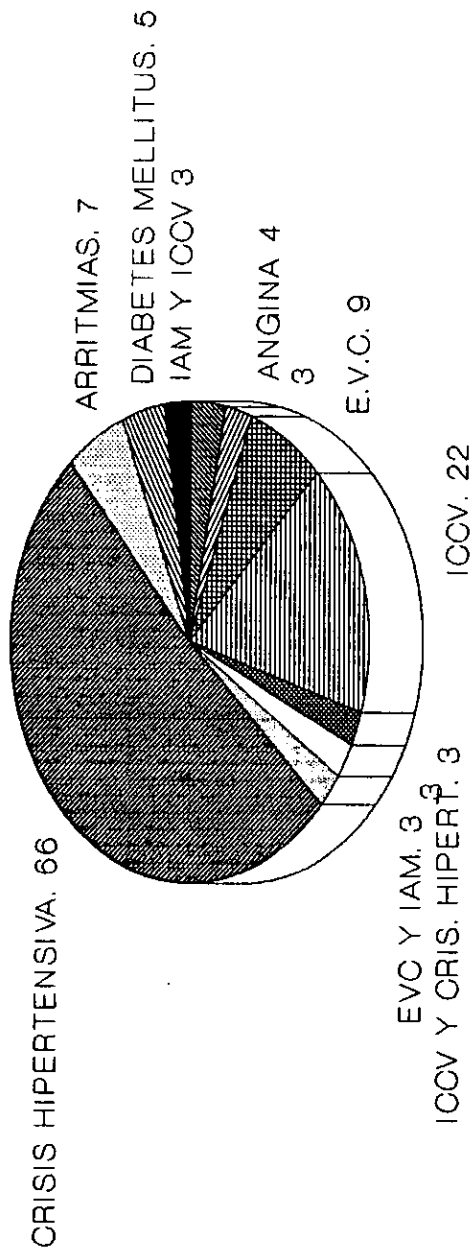
**GRAFICA 22.
DX SIGNIFICA DIAGNOSTICO.**

**RELACION DE PACIENTES DE FAMILIAS
HIPERTENSAS DE ACUERDO A INCIDENCIA DE
COMPLICACIONES. UMF20. MARZO-AGOSTO 1997**



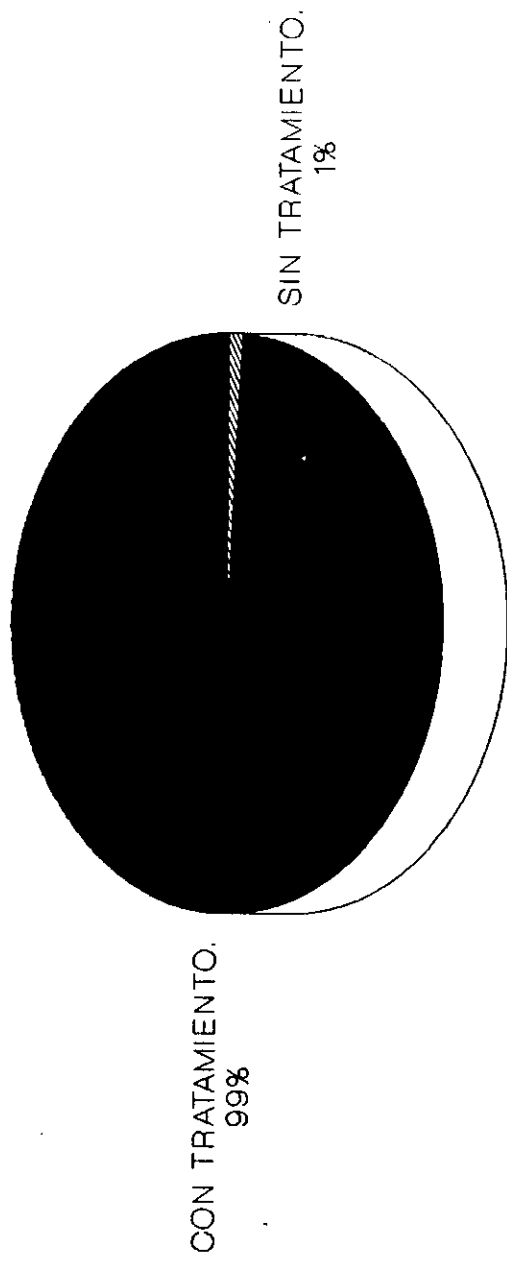
GRAFICA 23.

RELACION DE PACIENTES DE FAMILIAS HIPERTENSAS DE ACUERDO A LAS PRINCIPALES COMPLICACIONES, UMF 20 MARZO-AGOSTO 1997



GRAFICA 24.

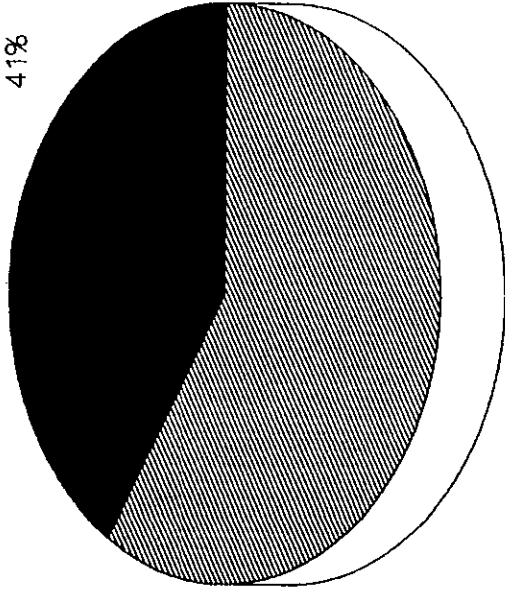
**RELACION DE PACIENTES DE FAMILIAS
HIPERTENSAS DE ACUERDO A TRATAMIENTO
MEDICO UMF 20 IMSS MARZO-AGOSTO 1997.**



GRAFICA 25.

**RELACION DE PACIENTES DE FAMILIAS
HIPERTENSAS DE ACUERDO A MEDIDAS H.
DIETETICAS UMF 20 IMSS MARZO-AGOSTO 1997**

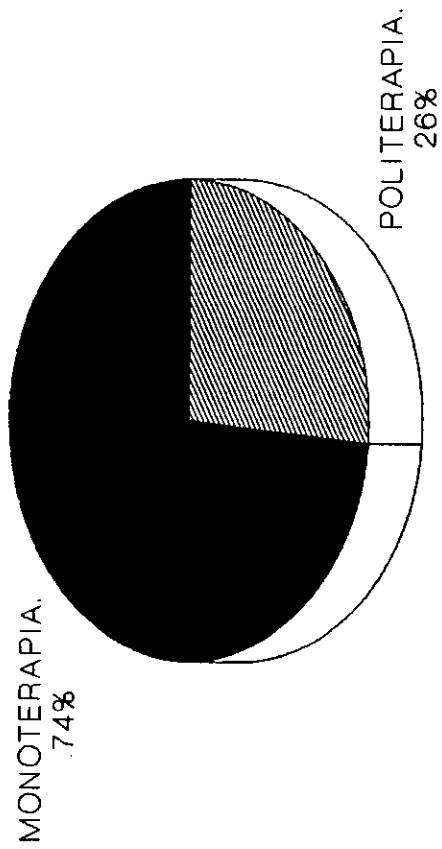
SI LAS REALIZAN.
41%



NO LAS REALIZAN.
59%

**GRAFICA 26.
H. SIGNIFICA HIGIENICO.**

**RELACION DE PACIENTES DE FAMILIAS
HIPERTENSAS DE ACUERDO A MONOTERAPIA
UMF.20 IMSS. MARZO-AGOSTO 1997.**



GRAFICA 27.

RELACION DE PACIENTES DE FAMILIAS HIPERTENSAS DE ACUERDO A FARMACOS USADOS EN UMF.20 IMSS. MARZO-AGOSTO 1997.

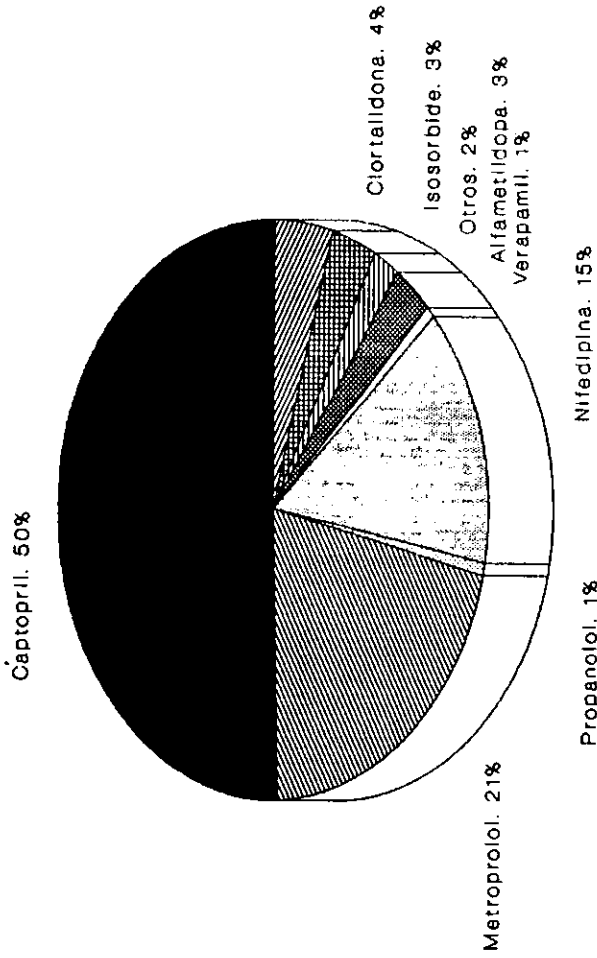
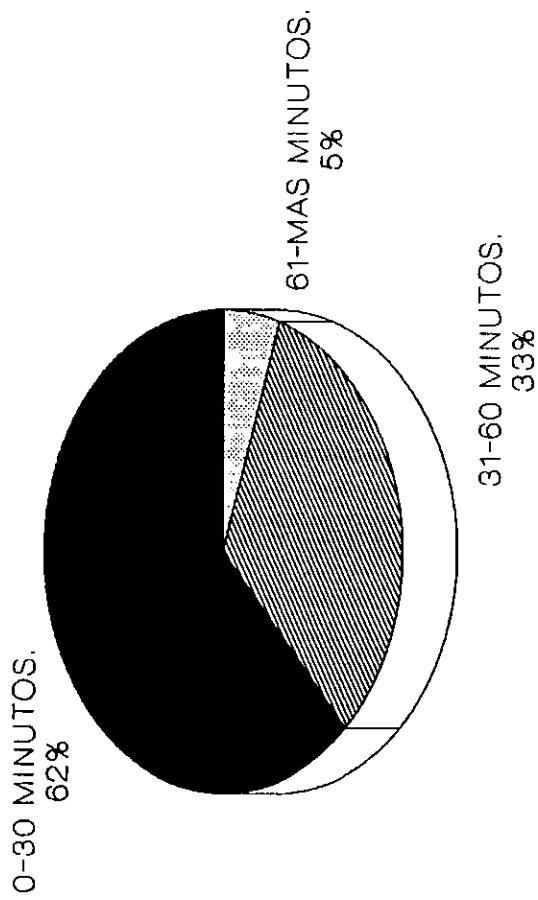


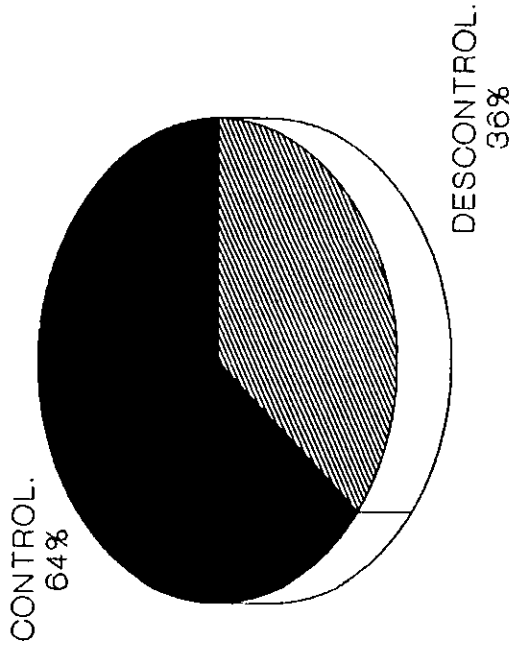
GRAFICO 28.

**RELACION DE PACIENTES DE FAMILIAS
HIPERTENSAS DE ACUERDO AL T. DE TRASLADO
U.M.F. No. 20. IMSS. MARZO-AGOSTO 1997.**



**GRAFICA 29.
TIEMPO DE TRASLADO SIGNIFICA EL TIEMPO
EMPLEADO DE EL DOMICILIO A LA U.M.F. 20.**

**RELACION DE PACIENTES DE FAMILIAS
HIPERTENSAS DE ACUERDO A CONTROL O DESC.
DE HAS. UMF.20 IMSS. MARZO-AGOSTO 1997.**



**GRAFICO 30.
HAS SIGNIFICA HIPERTENSION ARTERIAL
SISTEMICA. DESC. ES DESCONTROL.**

ANALISIS E INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS.

Con lo resultado en el promedio de edad de los pacientes de las familias hipertensas se ve que las personas mayores de 60 años los cuales son 175 (58.3%) tienen una participación importante por lo que con varios de estos resultados se podrían iniciar investigaciones sobre la hipertensión en la tercera edad (*Vid Infra cuadro y grafica 1*).

Más de la mitad de los encuestados son mujeres o sea 162 (64%) quizá esto se deba a que acuden más las mujeres a tomar consulta y que el hombre solamente acude cuando se siente malo por no tener problemas laborales en su centro de trabajo (*Vid Infra cuadro y grafica 2*).

La frecuencia de el Antecedente heredo familiar no varia mucho con lo expuesto en la literatura. (*Rev. Biblio. 14*). En este estudio 108 pacientes es decir el (36.0%) si lo tenían (*Vid Infra cuadro y grafica 3*).

La obesidad que se hace palpable en forma franca (II y III grado) se observa en 185 pacientes (61.7%) y esto hace más difícil un buen control de la hipertensión arterial u más si se agrega el uso concomitante de ingesta de sodio y carbohidratos en exceso. en este estudio 96 (32.0%) ingieren en forma regular y ejeciva la sal y 66 (22.0%) tienen una dieta con abundantes carbohidratos (*Vid Infra cuadro y grafica 4, 5 y 6 respectivamente*).

Con respecto a las toxicomanias estas pudiera uno pensar que salieron con una frecuencia relativamente baja, pues solo 30 pacientes (10.0%) fuma y 12 pacientes (4.0%) toman alcohol en forma regular pero cabe destacar que se pregunto si actualmente se tenía el habito de cualquier toxicomania, no se pregunto si la habían tenido, las toxicomanias como el tabaquismo y el alcoholismo como ya se sabe se incrementan como factores de riesgo para tener un padecimiento cardiovascular más agresivo (*Rev. Biblio 3, Vid Infra cuadro y grafica 7 y 8 respectivamente*).

Con respecto a la ingesta de cafeina el cual se le ha relacionado sus efectos farmacologicos como factor de riesgo para un difícil control de la hipertensión arterial sistémica (*Rev. Biblio. 1, 2 y 9*), en nuestros pacientes 159 (53.0%) un poco más de la mitad lo ingieren en forma regular. Lo mismo ocurre con las xantinas que se pueden encontrar en los thes, 133 (44.3%) de los pacientes los toman consistentemente (*Vid Infra cuadro y grafica 9 y 10 respectivamente*).

Solo una tercera parte , es decir 94 pacientes (31.3%) de los encuestados hace regularmente ejercicio, siendo que este es uno de los pilares dentro de las medidas higienico dieteticas que mas se deben de recomendar (*Rev Biblio.1, 12, Vid Infra cuadro y grafica 11*).

La ocupacion que mas prevalecio fue la de ama de casa con 164 (54.7%), esto esta directamente relacionado con lo que se comento en el aspecto de el sexo. La segunda ocupacion en frecuencia es la de ser jubilado o pensionado con 92 pacientes (30.7%) por lo que no tan solo se debe pensar que la hipertension arterial es de predominio de actividades propiamente masculinas o estresantes (*Rev.Biblio 9, 10, 11, Vid Infra cuadro y grafica 12*).

88 pacientes (27.3%) refieren estar bajo constante stress ya sea en su casa u ocupacion pero no se puede documentar que el stress sea factor de riesgo franco para tener hipertension arterial (*Rev. Biblio. 9, 10, 11 y 12 repectivamente, Vid Infra cuadro y grafica 13*).

Solamente 121 (40.3%) pacientes tiene personalidad tipo A, por lo que se podria interpretar este resultado de la misma forma de lo que este referido en la literatura medica: que la personalidad tipo A y la hipertension arterial sistemica no se ha podido relacionar en una forma clara y directa como un factors de riesgo (*Rev. Biblio 9, 10, 11 y 12 respectivamente, Vid Infra cuadro y grafica 14*).

Tres cuartas partes de los pacientes de familias hipertensas, o sea 225 familias(75.0%) tiene una preparacion de primaria o menos, esto es importante destacarlo pues dificulta la comprension primeramente de su enfermedad por parte de el enfermo si no que ademas dificulta una buena prescripcion de los farmacos y de las medidas higienico dieteticas (*Vid Infra cuadro y grafica 15*).

262 (87.0%) de las familias son nucleras (como es de esperarse en un ambiente citadino)pero tambien estan en etapa de retiro y muerte 138 (46.6%) y tienen menos de un salario minimo para sobrevivir 200 pacientes (66.7%) es por eso que uno ve que la gran mayoria de nuestros hipertensos son de la tercera edad, con ingresos economicos muy bajos con poca o nula educacion y que estan solos (*Vid infra cuadro y grafica 16, 17, 18 respectivamente*).

Esta situacion aunque uno no quiera reconocerlo son factores de riesgo no precisamente biologicos que influyen en un buen control o descontrol de hipertension arterial.

80 (26.7%) de los pacientes no tienen algun antecedente de importancia antes que se les diagnosticara la hipertension arterial, en otras palabras se creian sanos y esto hace mas dificil en primera que reconozcan su enfermedad y en segunda que no lleven a cabo un buen control mensual porque " no sientan nada" y creen nesesarario suspender por si solos el medicamento, ademas se diagnostica mas de la mitad de los pacientes hipertensos es decir a 219 (71.6%) cuando todavia son gente economicamente util y cuando sus familias estan en atapa de dispersion e independencia. El promedio de evolucion de la hipertension arterial fue de 10 años y cuando se llega a ese tiempo de evolucion se tienen grandes probabilidades de tener alguna complicación principalmente de indole cardiovascular que en nuestro estudio estas complicaciones se presentaron en 109 casos (*Rev. Biblio. 14, Vid Infra cuadro y grafica 19, 20, 22, 23, 24 respectivamente*).

El tipo de hipertension arterial que mas prevaleció fue el esencial con 297 (99%) y solo 3 (1%) tuvo hipertension arterial secundaria, nuestros resultados son concordantes con los reportados en la literatura medica (*Rev. Biblio. 14, Vid Infra cuadro y grafica 21*).

Un dato muy importante es que 178 pacientes (59.3%) de los pacientes no llevan las medidas higienico dieteticas o porque las desconocen o por que no las aplican (esto es en gram medida culpa de el medico familiar). Solamente llevan tratamiento farmacologico (*Vid Infra cuadro y grafica 25*).

Al parecer lo que mas pedromina entre los medicos es la monoterapia con 218 (59.3%) aunque esto no quiere decir que siempre se de el mismo medicamento, esto esta influido por el abastecimiento de el medicamento. El medicamento mas empleado es el Captopril con 152 (51.4%) pacientes que lo toman, esto quiza debido a que es el farmaco que mas se tiene en la farmacia por su efectividad terapeutica alta y por pocos efectos colaterales (*Rev. Biblio 14, Vid infra cuadro y grafica, 26, 27, 28 respectivamente*).

285 (95%) de todos los pacientes tardan menos de una hora en llegar desde sus domicilios hasta la clinica, esto debe de influir positivamente en el control de su Hipertension Arterial, pues hay que acordarse que mas de la mitad de los pacientes tiene mas de 60 años por lo que se dificulta su transporte (*Vid infra cuadro y grafica 29*).

193 Pacientes (64.4 %) tiene control de su hipertension arterial (Vid Infra cuadro y grafica 30).pero si lo confrontamos a que tambien 178 pacientes (59.3%) no lleva las medidas higienico dieteticas podemos decir que los otros 107 pacientes (35.6%) temgam descontrol muy probablemente a que no llevan a cabo laa medidas higienico dieteticas, cabe destacar que 42 (14.0%) de los 300 pacientes tenian cifras diastolicas iguales o mayores a 110 mmhg al momento de realizar la encuesta (la cual se realizo posterior al control mensual), es decir tenian una crisis hipertensiva que podia evolucionar a una emergencia por, esto es grave puesto que da lugar a pensar que a lo mejor el medico ni toma la presión arterial al paciente hipertenso en su cita de control mensual.

La Odds Ratio resultante de el cuadro tetracorico fue de 7.52, y generalmente una asociacion se siguiere por una Odds Ratio o riesgo relativo mayor o menor de uno (y en nuestro estudio fue de 7.52) y cuando mas lejano fue este el valor de cero mas fuerte sera la asociacion.

Con respecto a la significancia estadistica, el valor de P por medio de el Test de Chi cuadrada debe ser pequeño (de Echo menor a 0.05) y en nuestro analisis se muestra un valor de P tan pequeño que no se alcanza a ver algun numero en los primeros siete digitos.

Si la Odds ratio o riesgo relativo tienen intervalos de confianza que no incluyan el uno, habra una asociacion estadistica (en un nivel de confianza de el 95%)

El instrumento tienen una gran sensibilidad (80%)para detectar alos realmente descontrolados de la prsion arterial pero en cambio no es muy especifico para detectar los que realmente si la tienen descontrolada.(44% de especificidad).

CONCLUSIONES.

A) Se elaboró una encuesta para detectar factores de riesgo en la Hipertensión Arterial sistémica para identificar pacientes hipertensos descontrolados la cual puede ser aplicada en el primer nivel de atención en forma sencilla y rápida pero que necesita ser validada.

B) Se identificaron los siguientes factores de riesgo para la Hipertensión Arterial Sistémica:

En lo Biológico: Edad menor de 20 años y mayor de 60 años, sexo masculino, Antecedente Heredofamiliar de Hipertensión Arterial, Sobrepeso de II y III grado, Ingesta abundante y continua de sodio y carbohidratos, tabaquismo y alcoholismo persistente, Edad al momento de 20 a 40 años, Hipertensión Arterial secundaria, Complicaciones de índole cardiovascular y no seguir las medidas Higiénico dietéticas y polifarmacia.

En lo Psicológico: Aunque no está plenamente confirmado: Stress constante y personalidad tipo A.

En lo social: Aunque no está plenamente confirmado: La ocupación estresante, Nivel de escolaridad de primaria o menos, Nivel de ingresos económicos de cero a un salario mínimo y tiempo de traslado de más de una hora de el domicilio a la clínica.

En lo familiar: Familias disfuncionales, Familia extensa y compuesta, en fase de retiro y muerte.

C) Se ponderó la encuesta de factores de riesgo de la siguiente manera: de 0 a 19 puntos bajo riesgo y de 20 a 40 puntos como de alto riesgo.

D) La sensibilidad fue de el 88%, la especificidad de el 48% y el Valor predictivo de el 48%),

COMENTARIO.

Con todo lo anteriormente expuesto se puede concluir solamente dos cosas.

El medico (y en este caso el Medico Familiar) que con tan solo dar tratamiento farmacologico a sus pacientes hipertensos es mas que suficiente para poderlo controlar, sin tomar en cuenta sus factores de riesgo, si el medico no los toma en cuenta no se podra explicar porque aquellos pacientes en los cuales no ha podido controlar sus cifras de tension arterial a pasar de darles incluso polifarmacia antihipertensora, no se podra explicar si no incide en sus factores de riesgo, y es aqui en donde uno se pregunta si hay una relacion directa, significativa e importante entre que mi paciente descontrolado precisamente no se controle por que tenga factores de riesgo alto y esto es precisamente el objetivo de este estudio, asi entonces la segunda conclusion es que si hay una asociacion determinada estadisticamente hablando dada por el cuadro tetracorico entre el alto y bajo riesgo de las familias hipertensas adscritas a la U.M.F No. 20 ambos turnos con su control o descontrol de su hipertension arterial.

Para poder investigar sobre los factores de riesgo de la Hipertension Arterial constituyo todo un reto pues casi no hay informacion (hay mucha sobre fisiopatologia y tratamiento farmacologico) pero no mucha acerca de factores de riesgo.

El hecho de aplicar encuestas a los 300 pacientes y posteriormente llevarlos a un consultorio especial para tomarles la presion arterial en varias posiciones fue una ardua tarea la cual fue la actividad que se llevo mas tiempo, aproximadamente 6 meses.

Los resultados con respecto a las medidas higienico dieteticas son asombrosos pues casi la mitad de los pacientes no las realizan y en esto gran parte de la culpa la tiene el medico familiar.

El estudio es propicio para empezar un sin fin de investigaciones acerca de los factores de riesgo y la Hipertension arterial.

RESUMEN.

INTRODUCCION.

La Hipertensión Arterial sistémica dejó de ser una enfermedad exclusiva de países industrializados, para estar dentro de la transición epidemiológica en países en vías de desarrollo como México. La Hipertensión Arterial Sistémica y sus complicaciones están dentro de las primeras 10 causas de mortalidad a nivel Nacional y de el I.M.S.S. y dentro de los primeros 10 motivos de consulta en el primer nivel de atención. Viendo así su importancia hasta el momento no se ha realizado una encuesta aplicable al primer nivel de atención la cual identifique los factores de riesgo biopsicosociales y familiares y que reconozca a los pacientes con alto riesgo y que estén descontrolados, derivado de lo anterior nos preguntamos ¿ Realmente una encuesta de factores de riesgo en la Hipertensión arterial serviría para identificar hipertensos descontrolados?.

MATERIAL Y METODOS.

Al fin de determinar los factores de riesgo y detectar pacientes hipertensos descontrolados se aplicó una encuesta a 300 pacientes hipertensos que aceptaron participar y que cubrían los criterios de inclusión, la encuesta fue aplicada mediante la técnica de entrevista se exploró mediante esta factores de riesgo biológicos, psicológicos, sociales y familiares.

Posteriormente se tomaba la presión arterial parado, sentado y acostado, la calificación de la encuesta fue de la siguiente manera: de 0 a 19 puntos es bajo riesgo y de 21 a 40 puntos es alto riesgo, la presión arterial fue calificada como controlada si se tenía 140/90 mmhg y menos, y descontrolada si se tenía 141/91 y más, posteriormente se plasmaron los datos en un cuadro tetracórico y de ahí se obtuvo el riesgo relativo, sensibilidad y especificidad

RESULTADOS.

Los resultados más importantes son los siguientes:

175 (58.3%) de los pacientes de la muestra tiene más de 60 años, de 41 a 60 años 110 (36.7%), de 21 a 40 años solo cinco (1.7%) y por último 10 pacientes los cuales tenían 20 años al momento de realizar la encuesta, de estos 192 pacientes son mujeres y 108 son hombres. También 133 (44.3%) de los pacientes tienen antecedentes heredofamiliares positivos para la Hipertensión arterial.

Con respecto al peso el promedio fue de 71 kgs, 135 pacientes (45%) tienen un sobrepeso grado II, y 150 (16.7%) de todos los pacientes tienen un sobrepeso tercer grado. 204 (68%) tienen una dieta hiposódica mientras que el restante 96 (32%) ingiere tiene una dieta con ingesta abundante de sal. 66 pacientes (22%) se alimenta con una dieta alta en carbohidratos.

Solo el 30 (10%) de los encuestados todavia tiene el hábito de el tabaquismo. De este 10% el 60% son mujeres. Y Solo 12 (4%) todavia ingiere alcohol en forma regular. Con respecto al cafe (Cafeina) 159 (53%) pacientes lo consumen en forma regular y 133 (45)% consume the (xantinas) en forma regular.

Un dato importante es que de los 300 pacientes hipertensos solo el 94 (31.3%) es decir una tercera parte realiza ejercicio en forma regular.

Algo interesante es que 164 (54.7%) de los encuestados son amas de casa le siguen los jubilados o pensionados con 92 (30.7%), posteriormente 21 (7.0%) tecnicos, 10 (3.3%) obreros y 5 (1.7%) campesinos.

82 (27.3%) de los pacientes de familias hipertensas sienten que trabajan o viven bajo mucho stress y 121 pacientes (40.3%) un poco mas de la tercera parte tiene personalidad tipo A.

225 (75%) de los pacientes tienen un grado de estudios que equivale a haber estudiado la primaria o menos y de los 300 encuestados 200 (66.7%) viven con uno o menos de un salario minimo.

Con respecto al tipo de familia el tipo que mas prevalecio fue el de la familia nuclear con un 171 (87%) familias nucleares le sigue la estensa con 29 (9.7%) y por ultimo la compuesta con solamente 9 (3.0%).

Y el ciclo familiar que mas prevalecio con 138 (46.0%) familias fue la fase de retiro y muerte, le sigue el ciclo de independecia y muerte con 75 (25%) familias.

80 (26.7%) de los pacientes no tenian ningun antecedente personal patologico de importancia antes de que se le diagnosticara la hipertension, mas sin embargo 83 (27.7%) casi una tercera parte tenian el antecedente de haber tenido un tratamiento quirurgico antes de su Hipertension arterial sistemica, seguido de antecedente quirurgico mas alergico con 18 pacientes (6.0%), enfermedad articular degenerativa con 16 (5.3%), antecedentes alergicos con 11 (3.7%) principalmente.

El tipo de hipertension que mas prevalecio fue la esencial con 297 casos (99%) y solamente fueron tres casos (1%) en los que se documento que su hipertension fue secundaria. (principalmente por nefropatia diabetica y a otros problemas nefrologicos).

172 (57.3%) de los pacientes tenian entre 41 a 60 años de edad cuando se les hizo el diagnostico de hipertension, 85 (28.3%) tienen mas de 60 años y solo 43 pacientes (14.3%) se les detecto hipertension arterial entre los 21 y 40 años.

ESTA TESIS NO DEBE SALIR DE LA BIBLIOTECA

Un promedio de 10 años de evolución de la hipertensión que presentaron los 300 encuestados.

130 (43.4%) de los encuestados no tienen hasta la actualidad ninguna complicación, la complicación mas frecuente es la crisis hipertensiva la cual la han presentado 66 (22%) de los pacientes, en segundo lugar estala insuficiencia cardicada la cual la padecen 22 pacientes (7.3%), posteriormente la angina con 14 (4.7%), Diabetes Mellitus y enfermedad vascular cerebral con 9 pacientes (3.0%).

Solamente cuatro pacientes (1.3%) de los 300 no toman ni medicamentos ni llevan a cabo medidas higienico dieteticas y tambien tiene cifras elevadas de la H.A.S.

178 (59.3%) de los pacientes de familias hipertensas no realizan medidas higienico dieteticas como parte de su tratamiento, solo 122 (40.7%) si las realiza.

La monoterapia es lo que predomina en los tratamientos farmacologicos pues 218 (73.0%)pacientes solamente toman un tipo de pastilla(en un 70%) y 78 (26.6%) dos o mas tipos de medicamentos para controlar la hipertension .

El medicamento antihipertensivo que mas recetan los medicos familiares de la U.M.F. No. 20. Es el captopril 152 (51.4%)de todos los pacientes lo toman, seguido esta el metroprolol pues lo toman 63 pacientes (21.3%) y en tercer lugar la nifedipina con 44 pacientes (14.9%), y los diureticos tipo cloralidona los cuales son tomadospor 13 pacientes (4.4%) .

186 (62.0%) de los pacientes tardan menos de 30 minutos en llegar desde sus domicilios hasta la clinica, 99 (33.0%) tardan de 31 a 60 minutos y solamente 15 pacientes (5.0%) tardan mas de una hora. Delos 300 pacientes, 107 (35.6%) tienen descontrol de sus cifras de hipertensión arterial y 193 (64.4%) tienen un buen control de su hipertension arterial .

42 pacientes (14%) tenían al momento de realizar la encuesta presiones diastolicas mayores o iguales a 110mmhg, lo que tenían una crisis hipertensivas y la mayoría de estos pacientes ya habían tenido su control mensual momentos antes.

Al analizar el cuadro tetracorico las 300 familias hipertensas quedaron de la siguiente manera:

-95 (31.6%) familias hipertensas tienen tanto descontrol de sus cifras de presión arterial como alto riesgo.

-99 (33.0%) familias hipertensas tienen buen control pero un alto riesgo.

-12 (4.0%) familias solamente tienen descontrol pero tienen factores de riesgo bajos.

-Y 94 (31.4%) familias tienen cifras controladas de su hipertension arterial y tienen,asi mismo bajo riesgo.

- La odds ratio fue de 7.52.

-Riesgo relativo fue de 4.33.

-Valor de chi cuadrada sin correccion fue de 42.34, el valor de P fue de 0.000001

-El valor predictivo positivo fue de el 48%

-El valor predictivo negativo fue de el 11%

-La sensibilidad fue de el 88%

-Y la especificidad fue de el 48%.

CONCLUSIONES.

La encuesta si sirve para encontrar factores de riesgo en la hipertension arterial sistemica y para identificar pacientes hipertensos descontrolados con una buena especificidad de el 88% pero con especificidad y riesgo relativo de el 48% y que necesita ser validada.

BIBLIOGRAFIA .

- 1.-Whelton K. Paul, Adams-Campbell PhD. Et. Al. National High blood pressure education program working report on primary prevention of hypertension. Arch. Intern Med Vol: 153, Jan 25, 1993 p 186-203.
- 2.-Elnicki Michael, Kotchen Theodore A. Hypertension: Patient evaluation indications of treatment. Geriatrics April de 1993 Vol. 48 No4. Pp 47-60.
- 3.-McInnes G.T., Semple P.F. Hypertension: investigation, assessment and diagnosis. British Medical Bulletin. 1994. Vol 50 No. 2 Pp 443-459.
- 4.-Harrap B. Stephen. Hypertension: Genes Versus Environment. The Lancet 1994. July 16, Vol 344, Pp. 169-171.
- 5.-W. Kurtz Theodore. Genetic models of Hypertension. The Lancet, 1994, July 16, Vol 344, Pp.167-168.
- 6.-Keltikangas-Jarvinen Liisa, Katri Raikkonen, Hautanen Aarno. Type A Behavior and Vital Exhaustion as related to the metabolic hormonal variables of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis. Behavioral Medicine. 1996, Vol 22, Pp.15-21.
- 7.-Falkner Bonita. Hypertension in childhood and adolescence. Clin and Hypertension 1993, Vol5, No 6. Pp 1315 - 1326.
- 8.-Frank A. Treiber, Musante Linda, Riley William, Mabe Alex Et. Al. The relationship Between Hostility and Blood Pressure in Children. Behavioral Medicine 1989, Pp 173 - 178.
- 9.-Shapiro David, Goldstein B. Iris D. Jamner. Effects of Anger/Hostility, defensiveness, gender, and family history of hypertension on cardiovascular reactivity. Psychophysiology, 1995 Vol 32 Pp. 425-435.
- 10.-Gillis S. John. Stress, Anxiety and cognitive Buffering. Behavioral Medicine, 1992. Vol 18. Pp. 80-83.
- 11.- Burns, W: John, Friedman Richard, Katkin S. Edward. Anger Expression, Hostility, Anxiety, and Patterns of Cardiac Reactivity to Stress. Behavioral Medicine. 1992, Vol. 18. Pp. 71- 78.
- 12.- Nancy J. O'connor, E. Mansos JoAnn, O'connor T. Gerald. Et. Al. Psychosocial Risk factors and Nonfatal Myocardial Infarction. Circulation 1995, Vol 96, No. 6. Pp. 1458 - 14464.

13.-Franco B. Mueller, Laragh H. John. Clinical evaluation and differential Diagnosis of the individual Hypertensive Patient. Clinical Chemistry 1991, Vol 37, No. 10(B) Pp. 1868 - 1879.

14.- P. Farreras Valentí, Rozman C. Medicina Interna, 1992, Duodecima edición, editorial Doyma S.A. Barcelona España.

15.- Subdirección General Médica. Programa académico de el curso de especialización en medicina familiar 1994, editorial de el I.M.S.S. Pp. 18-25.

16.-Guerrero V. Rodrigo, Gonzalez C. Medina L. Epidemiología, Ed. Fondo educativo interamericano 1978 Pp.23-28, 174-184.

ANEXO 1.

INSTITUTO MEXICANO DE EL SEGURO SOCIAL.
 SUBDIRECCION DE ATENCION MEDICA.
 EVALUACION Y ATENCION DE EL PACIENTE HIPERTENSO.

NOMBRE:		AFILIACION:	
CONSULTORIO:		TURNO.	U.M.F.

Circule donde haya cuadros.

EDAD _____ años. 0 A 20----- 0 21 a 40----- 1 41 a 60----- 2 61 a mas----- 3	ALCOHOLISMO: SI----- 1 NO----- 0 0 A 1 copas a la semana--- 0 1 a 2 copas a la semana--- 1 mas de 2 copas a la semana- 2
SEXO. MASCULINO--- 1 FEMENINO--- 0	CAFE: SI---- 1 NO---- 0 TE: SI---- 1 NO---- 0
A.H.F. SI--- 1 NO---- 0	EJERCICIO: SI---- 0 NO----1
PESO. Peso actual _____ kgms. Peso ideal _____ kgms. Sobrepeso (%): 0 a 9----- 1 10 a 24----- 2 25 a mas---- 3	OCUPACION: N/STS S/STS CAMPESINO----- 1 2 OBRERO----- 1 2 TECNICO----- 1 2 PROFESIONISTA- 1 2 OTRO----- TOTAL:
DIETA. Come con sal----- 1 No come con sal---- 0 Come mas de 2 tortillas---- 1 Come con mas de 2 panes---- 1	PERSONALIDAD: A----- 1 B----- 0 ESCOLARIDAD: Primaria o menos----- 2 secundaria o mas----- 0
TOXICOMANIAS: Tabaquismo: SI--- 1 NO---- 0 - de 10---- 1 Mas de 10---2	NIVEL ECONOMICO: (En sal. min.) 0 a 1----- 2 2 a 3----- 1 mas de 3----- 0

GLOSARIO DE ABREVIATURAS.

A.H.F.----- ANTECEDENTES HEREDO FAMILIARES.
STS----- STRESS.
N/STS.----- NO STRESS
S/STS.-----SI STRES
SAL. MIN.----- SALARIOS MINIMOS.
F.----- FUNCIONES.
I.R.C.----- INSUFICIENCIA RENAL CRONICA.
RET. HIPERTENSIVA.- RETINOPATIA HIPERTENSIVA.
INS. CARDIACA.-- INSUFICIENCIA CARDIACA.
NEPROP. HIPERTENSIVA-- NEFROPATIA HIPERTENSIVA.
H.A.S.----- HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA.
DX----- DIAGNOSTICO.
T/A
P----- TOMA DE PRESION PARADA.
T/A
S----- TOMA DE PRESION SENTADO.
T/A
DC.----- TOMA DE PRESION EN DECUBITO.
TX.----- TRATAMIENTO.
D.----- DATOS.
ALT.----- ALTERACIONES.
HB----- HEMOGLOBINA.
LCS.----- LEUCOSITOS.
GLUC.----- GLUCOSA.
CREAT.----- CREATININA.
P/EGO.----- EXAMEN GENERAL DE ORINA PATOLOGICO.
COL.----- COLESTEROL.
TRIGL.----- TRIGLICERIDOS.
NACL.----- SAL.
CHO.----- CARBOHIDRATOS.
TECN RELAG.---- TECNICAS DE RELAJACION.