

11226



5

UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS
DE POSTGRADO E INVESTIGACION

PENSIONES CIVILES DEL
ESTADO DE CHIHUAHUA

INFLUENCIA DE LA FUNCION FAMILIAR EN EL CONTROL DE LA
HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL EN LOS DERECHOHABIENTES DE
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO EN CIUDAD GUERRERO, CHIH.

TESIS QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

DR. JOSE OSCAR ALVAREZ LOYA

CHIHUAHUA, CHIH.

2001



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.

INFLUENCIA DE LA FUNCION FAMILIAR EN EL CONTROL DE LA
HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL EN LOS DERECHOHABIENTES
DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO EN CIUDAD GUERRERO, CHIH.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:



DR. OSCAR ALVAREZ LOYA

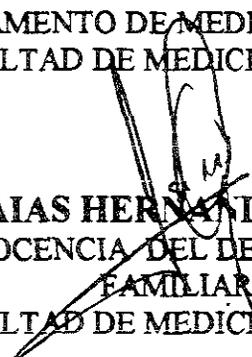
AUTORIZACIONES:



DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



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



DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINACION DE DOCENCIA DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

INFLUENCIA DE LA FUNCION FAMILIAR EN EL CONTROL DE LA
HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL EN LOS DERECHOHABIENTES
DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO EN CIUDAD GUERRERO, CHIH.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL TITULO DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR.

PRESENTA:



DR. JOSE OSCAR ALVAREZ LOYA

DR. MARTIN PARRA QUEZADA

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR PARA
MEDICOS DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA, CHIHUAHUA.

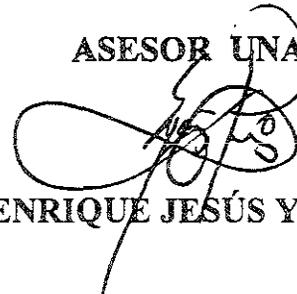


ASESOR DE TESIS:



DR. MANUEL ACOSTA ARMENDÁRIZ

ASESOR UNAM



DR. ENRIQUE JESÚS YÁÑEZ PUIG

AUTORIZACION DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE
CHIHUAHUA



LIC. MIGUEL ETZEL MALDONADO
DIRECTOR GENERAL DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO



DR. RENE NUÑEZ BAUTISTA
DIRECTOR DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO

TITULO

INFLUENCIA DE LA FUNCION FAMILIAR EN EL CONTROL DE LA HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL EN LOS DERECHOHABIENTES DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO EN CIUDAD GUERRERO, CHIH.

INDICE

1.- TITULO.....	1
2.- INDICE.....	2
3.- MARCO TEORICO.....	3
4.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	18
5.-JUSTIFICACION.....	19
6.-OBJETIVOS.....	21
7.- HIPOTESIS.....	22
8.- METODOLOGIA.....	23
9.- METODOS MATEMATICOS PARA EL ANALISIS.....	29
10.- ASPECTOS ETICOS.....	30
11.- RESULTADOS.....	31
12.- DISCUSION.....	44
13.- CONCLUSIONES.....	46
14.- REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	47
15.- ANEXOS.....	50

MARCO TEORICO

LA HIPERTENSION ARTERIAL (H.T.A.) ES UNA ENFERMEDAD CRONICA QUE CONSISTE EN UNA ELEVACION PERSISTENTE DE LAS CIFRAS TENSIONALES SANGUINEAS SISTOLICA, DIASTOLICA O AMBAS POR ARRIBA DE 140/90 MM Hg. RESPECTIVAMENTE. (1)

ESTE PADECIMIENTO ES CONSIDERADO COMO LA ENFERMEDAD CRONICA MAS FRECUENTE DEL MUNDO Y TIENE UNA REPERCUSION SOCIAL, ECONOMICA Y ASISTENCIAL. (2)

LA HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL OCUPA EL 94% DE TODOS LOS CASOS DE HIPERTENSION Y ES EN NUESTRO PAIS UNA DE LAS PRIMERAS 10 CAUSAS DE CONSULTA Y DE MORTALIDAD, EN PAISES COMO U.S.A. TIENE UNA PREVALENCIA DE 50-60% ENTRE LOS MAYORES DE 60 AÑOS, SIENDO EN ESTE PAIS LA MAYOR CAUSA DE CONSULTA. (3)

SU FRECUENCIA AFECTA APROXIMADAMENTE AL 25% DE LA POBLACION ADULTA Y ESTA PROPORCION AUMENTA CONFORME SE INCREMENTA LA ESPERANZA DE VIDA EN LA POBLACION EN GENERAL, SIENDO LA FRECUENCIA DEL 50% PARA LOS QUE TIENEN ENTRE 65 Y 75 AÑOS Y HASTA EL 75% PARA LOS MAYORES DE 75 AÑOS. (4)

EN LA SEGUNDA MITAD DE ESTE SIGLO EN U.S.A. CANADA, JAPON Y EUROPA OCCIDENTAL, EL CONTROL DE LA HIPERTENSION ARTERIAL HA MEJORADO NOTORIAMENTE DE UN 10% A UN 27% EN UN LAPSO DE TIEMPO QUE VA DE 1976 A 1994. (5)

SIN EMBARGO ESTA PROPORCION SE ESTABILIZO E INCLUSO DISMINUYO EN ALGUNOS CASOS COMO EL DE REYNO UNIDO, Y SE ESPERA UNA "SEGUNDA OLA" EPIDEMICA DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR QUE FLUYE HACIA LOS PAISES

EN DESARROLLO DONDE LA MORTALIDAD Y DISCAPACIDAD POR C.C. Y E.V.C. SERAN MAS IMPORTANTES EN EL PROXIMO SIGLO. (6)

EN MEXICO LA TASA DE INCIDENCIA DE LA ENFERMEDAD AUMENTO DE 99.2 A 302 POR CADA 100,000 HABITANTES ENTRE 1983 Y 1991. (7)

LA PREVALENCIA ES DE 26.6% CON FLUCTUACIONES ENTRE 16.6 (30-34 AÑOS) Y 44.4% (50-54 AÑOS). (8)

DURANTE LA ENCUESTA NACIONAL DE ENFERMEDADES CRONICA SE DETERMINO QUE POR CADA HIPERTENSO CONOCIDO HABIA UNO DESCONOCIDO, ADEMAS SE ENCONTRO QUE DE LOS HIPERTENSOS CONOCIDOS SOLO LA MITAD RECIBIA TRATAMIENTO Y QUE DE ESTOS SOLO LA MITAD RECIBIA LA TERAPEUTICA ADECUADA.

RESPECTO A LA MORTALIDAD, LA H.T.A. SE ASOCIA CON EL 42% DE LAS MUERTES CONOCIDAS POR ENFERMEDAD VASCULAR Y CON UN 27% DE LAS ASOCIADAS CON CARDIOPATIA ISQUEMICA. (8)

SEGÚN LAS COMPAÑIAS DE SEGUROS UNA T.A. DE 120/80 mm Hg. TIENE UNA ESPECTATIVA DE VIDA DE 73.5 AÑOS MIENTRAS QUE UNA T.A. DE 150/100 mm Hg. ES DE 55 AÑOS. (9)

SE HA DEMOSTRADO QUE LOS GRADOS DE PRESION ARTERIAL SISTOLICA (P.A.S.) Y DIASTOLICA (P.A.D.) SE RELACIONAN DE MANERA POSITIVA Y CONTINUA CON EL RIESGO DE E.V.C. TANTO EN POBLACIONES OCCIDENTALES COMO ORIENTALES. (10)

LOS PACIENTES CON H.T.A. TIENEN AL MENOS UN RIESGO SEIS VECES MAYOR DE INSUFICIENCIA CARDIACA QUE LOS INDIVIDUOS SIN HIPERTENSION. (11)

CON EL FIN DE ESTIMAR CON ANTICIPACION LA PROBABILIDAD DE UN INDIVIDUO DE PRESENTAR LA ENFERMEDAD ASI COMO PARA ESTABLECER LA

CALIDAD DE VIDA, LA SOBREVIDA, EL TRATAMIENTO A SEGUIR Y EL PRONOSTICO, SE HAN UTILIZADO INDICADORES LLAMADOS FACTORES DE RIESGO. LOS CUALES SE PUEDEN DIVIDIR EN MODIFICABLES (OBESIDAD, TABAQUISMO, INGESTA DE BEBIDAS ALCOHOLICAS, TRASTORNOS METABOLICOS DE LA GLUCOSA COLESTEROL Y TRIGLICERIDOS, INGESTA MAYOR DE 5 GMS DE SAL ALDIA, SEDENTARISMO, CONSUMO DE ANTICONCEPTIVOS, ESTEROIDES, HEROINA, ETC. Y PRINCIPALMENTE EN LO QUE CONCIERNE A ESTE ESTUDIO EL ESTRÉS MENTAL. (12)

ENTRE LOS NO MODIFICABLES DESTACAN (ANTECEDENTES FAMILIARES, CARDIOPATIA ISQUEMICA, HIPERCOLESTEROLEMIA, DIABETES MELLITUS, GENERO MASCULINO Y MAYORIA DE EDAD ENTRE OTROS).

DADO EL EFECTO MULTIPLICADOR DE ESTOS FACTORES, EL MEDICO FAMILIAR DEBE REALIZAR UNA BUSQUEDA INTENCIONAL PERIODICA DE ESTOS FACTORES EN LOS PACIENTES HIPERTENSOS COMO EN LOS PROPENSOS YA QUE HASTA UN 25% DE LOS HIPERTENSOS FALLECEN POR COMPLICACIONES DE ESTA ENFERMEDAD SIN HABERSELE IDENTIFICADO EN VIDA. (8)

LA H.T.A. SE PUEDE CLASIFICAR SEGÚN SU ETIOLOGIA EN ESENCIAL O SIN CAUSA ORGANICA DEMOSTRABLE, QUE INVOLUCRA HASTA UN 94% DE LOS CASOS Y LA DE TIPO SECUNDARIO, CUANDO EXISTE UNA CAUSA ORGANICA CONOCIDA (INSUFICIENCIA RENAL, COARTACION DE LA AORTA, FEOCROMOCITOMA, ETC. EXISTE UN TERCER GRUPO DENOMINADO H.T.A. DE BATA BLANCA YA QUE ESTOS HIPERTENSOS PRESENTAN CIFRAS ELEVADAS DE PRESION ARTERIAL CUANDO SE REALIZA LA MEDICION EN EL CONSULTORIO MEDICO O EN EL HOSPITAL, PERO EN LOS REGISTROS AMBULATORIOS, CURSAN CON CIFRAS NORMALES DURANTE EL RESTO DEL DIA, SE CREE QUE HASTA UN 20% DE LOS HIPERTENSOS LEVES CORRESPONDEN A ESTE SUBGRUPO. (13)

SEGÚN LAS CIFRAS DE PRESION ARTERIAL SISTOLICA (P.A.S.) Y DE PRESION ARTERIAL DIASTOLICA (P.A.D.) SE PUEDE DIVIDIR ESTE PADECIMIENTO EN:

NORMAL= P.A.S. MENOR DE 130 mm Hg.
= P.A.D. MENOR DE 85 mm Hg.

NORMAL ALTA= P.A.S. ENTRE 130-139 MM Hg.
= P.A.D. ENTRE 85-89 mm Hg.

H.T.A. LEVE= P.A.S. ENTRE 140-159 mm Hg.
= P.A.D. ENTRE 90-99 mm. Hg.

H.T.A. MODERADA= P.A.S. ENTRE 160-179 mm Hg.
= P.A.D. ENTRE 10-109 mm Hg.

H.T.A. SEVERA= P.A.S. MAYOR DE 180 mm Hg.
= P.A.D. MAYOR DE 110 mm Hg. (6)

CUANDO LA PRESION SISTOLICA Y DIASTOLICA CAEN EN DIFERENTES CATEGORIAS, LA MAS ALTA DEBERA SER SELECCIONADA COMO CRITERIO DE CLASIFICACION Y SIEMPRE EN BASE AL PROMEDIO DE DOS O MAS LECTURAS EN VISITAS DIFERENTES. (8)

PARA LA TOMA DE LA PRESION ARTERIAL SE RECOMIENDA CON EL PACIENTE SENTADO, BRAZO DESNUDO Y SIN PRESION, APOYADO A LA ALTURA DEL CORAZON, SIN CRUZAR LAS PIERNAS, DESPUES DE 15 MINUTOS DE REPOSO, CERCIORANDONOS QUE EL PACIENTE NO HAYA TOMADO CAFEINA O FUMADO EN LOS 30 MINUTOS PREVIOS, USANDO UN ESFIGNO MANOMETRO CALIBRADO, CON EL

TAMAÑO DEL MANGUITO ADECUADO, COLOCADO DOS CENTIMETROS POR ENCIMA DEL PLIEGUE DEL CODO, INFLANDOLO HASTA 200 mm DE Hg., CONSIDERANDO COMO PRESION ARTERIAL SISTOLICA (P.A.S.) EL PRIMER RUIDO DE KIROTOKOF Y PARA PRESION ARTERIAL (P.A.D.) EL QUINTO RUIDO DE KOROTKOF. (14)

LA CLASIFICACION DE LA H.T.A. SEGÚN LA PRESENTACION DE LESIONES ORGANICAS SE DIVIDE EN TRES FASES:

FASE-I= CUANDO NO HAY SIGNOS OBJETIVOS DE LESIONES ORGANICAS.

FASE-II= HAY AL MENOS UNO DE LOS SIGUIENTES SIGNOS: HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA, FONDO DE OJO CON LESION GRADO II, PROTEINURIA O DATOS DE INSUFICIENCIA RENAL CON CREATININA HASTA 2 MGS/dl.

FASE III= CUANDO HAY SINTOMAS Y SIGNOS DE INSUFICIENCIA VENTRICULAR IZQUIERDA, ISQUEMIA CORONARIA, TROMBOSIS Y HEMORRAGIAS CEREBRALES AFECCION OCULAR GRADO III-IV O DE INSUFICIENCIA RENAL. (8)

EN CUANTO A LA HIPERTENSION ARTERIAL EXISTEN DIFERENTES DEFINICIONES COMO SON:

SEGÚN LA O.M.S. CUANDO LA:

P.A.S. IGUAL O MAYOR A 160 mm Hg.

P.A.D. ES IGUAL O MAYOR A 95 mm Hg.

SEGÚN LA DEFINICION DE EL COMITÉ NACIONAL CONJUNTO PARA DETECCION, EVALUACION Y TRATAMIENTO DE LA H.T.A. EN U.S.A. SERIA DE:

P.A.S. IGUAL A MAYOR A 140 mm Hg.

P.A.D. IGUAL O MAYOR A 90 mm Hg.

Y SEGÚN LA DEFINICION DE LA 5ª. JUNTAS DEL COMITÉ NACIONAL DE H.T.A. DE U.S.A. SE CONSIDERA HIPERTENSION CUANDO:

P.A.S. MAYOR O IGUAL A 160 mm Hg.

P.A.D. MAYOR O IGUAL A 90 mm Hg.

Y DEFINE A LA PRESION ARTERIAL SISTOLICA AISLADA (PASA) CUANDO:

P.A.S. ES MAYOR O IGUAL A 160 mm Hg.

P. A.D. MENOR DE 90 mm. Hg. (7)

EL MEDICO FAMILIAR DEBERA DESCARTAR PRIMERO QUE NADA SI LA H.T.A. ES SECUNDARIA MEDIANTE UNA EVALUACION MEDICA COMPLETA QUE INCLUYA EDAD, SEVERIDAD DE LA HIPERTENSION, MECANISMOS FISIOPATOLOGICOS INVOLUCRADOS, PRESENCIA DE COMPLICACIONES O DE OTRAS ENFERMEDADES, INTERACCIONES MEDICAMENTOSAS, FACTORES CULTURALES, PSICOSOCIALES, EDUCACIONALES Y DE RIESGO CARDIOVASCULAR, COSTO DEL TRATAMIENTO, ESTILO DE VIDA, HABITOS DE ALIMENTACION Y DE EJERCICIO FISICO, HABILIDADES DE AUTOCUIDADO, MOTIVACION. FASE DE ACEPTACION DE LA ENFERMEDAD Y PARTICIPACION DE LAS REDES DE APOYO FAMILIAR Y SOCIAL. (15)

ASIMISMO EL MEDICO FAMILIAR DEBERA CONOCER EN QUE MOMENTO SERA NECESARIO ENVIAR AL PACIENTE AL SEGUNDO NIVEL DE ESPECIALIDAD LO CUAL SE RECOMIENDA CUANDO LA HIPERTENSION EMPIEZA ANTES DE LOS 20 AÑOS DE EDAD, CUANDO LAS CIFRAS TENSIONALES SON IGUALES O MAYORES DE 180/110 MM. HG. CUANDO HAY EVIDENCIA DE DAÑO A ORGANOS BLANCO (ENCEFALOPATIA, RETINOPATIA, NEFROPATIA O CARDIOPATIA), ASI COMO CUANDO SE SOSPECHA UNA CAUSA SECUNDARIA (SOPLO ABDOMINAL, INSUFICIENCIA RENAL, O POBRE RESPUESTA AL TRATAMIENTO). (16)

EL RETO PARA EL MEDICO ES DISEÑAR Y LLEVAR A CABO ACTIVIDADES DE PREVENCION PRIMARIA, SECUNDARIA Y DE REHABILITACION CON EL OBJETO DE ALCANZAR UN CONTROL APROPIADO DE LA H.T.A. Y EN UNA ETAPA TEMPRANA PARA REDUCIR LAS COMPLICACIONES Y LA MUERTE PREMATURA ASOCIADA CON ESTA ENFERMEDAD. (8)

EL TRATAMIENTO DEBERA ESTAR SIEMPRE BASADO EN UNA EDUCACION PARA LA SALUD, CON LA ELABORACION DE UN PROGRAMA QUE CONTROLE EFICAZMENTE LA PRESION ARTERIAL, QUE REDUZCA LOS FACTORES DE RIESGO, QUE DISMINUYAN EL DESARROLLO DE COMPLICACIONES Y QUE MEJORE LA CALIDAD DE VIDA TANTO DEL ENFERMO COMO DE SU FAMILIA.

LAS DOS PARTES DEL TRATAMIENTO DE LA H.T.A. SON LA NO FARMACOLOGICA Y LA FARMACOLOGICA EN EL TX. NO FARMACOLOGICO DESTACAN: LA DIETA DONDE EL OBJETIVO SERA LLEVAR AL PACIENTE A SU PESO IDEAL, YA QUE SE HA DEMOSTRADO QUE EN EL CASO DE LA OBESIDAD, LA REDUCCION DE PESO SE RELACIONA CON EL DESCENSO DE LAS CIFRAS TENSIONALES, LLEVANDO HASTA UN 50% DE LOS HIPERTENSOS OBESOS QUE PIERDEN PESO MANTENIDAMENTE DURANTE CUATRO AÑOS, A CIFRAS TENSIONALES NORMALES QUE NO AMERITAN MAS TRATAMIENTO. (8)

OTRO ASPECTO IMPORTANTE EN ESTE TIPO DE TRATAMIENTO ES: EL EJERCICIO EL CUAL SE RECOMIENDA QUE SEA PAULATINO, DE TIPO AEROBICO (CAMINAR, TROTAR, CARRERA DE DISTANCIA MODERADA, NATACION, BICICLETA, DANZA Y GIMNASIA) ESTE TIPO DE EJERCICIO NO SOLO FACILITA BAJAR DE PESO PERO TAMBIEN DISMINUYE LAS RESISTENCIAS PERIFERICAS, MEJORA LA SENSIBILIDAD TISULAR A LA INSULINA, ADECUA EL BALANCE HIDROELECTROLITICO, DISMINUYE LOS TRIGLICERIDOS Y AUMENTA LAS LIPOPTROTEINAS DE ALTA DENSIDAD.

EN LOS INDIVIDUOS QUE SE EJERCITAN DIARIAMENTE DURANTE 20 MINUTOS SE OBSERVA UNA DISMINUCION DEL 30% DEL RIESGO DE MUERTE POR C.C. EN COMPARACION CON LOS SEDENTARIOS. (17)

LAS TECNICAS DE RELAJACION Y DE MANEJO DEL ESTRÉS HAN MOSTRADO SER UTILES EN LOS CASOS DE HIPERTENSION LEVE. (18)

ALGUNAS RESTRICCIONES SON RECOMENDABLES COMO ES EL CASO DE LA SAL, EL ETANOL QUE CONTIENEN TODAS LAS BEBIDAS ALCOHOLICA Y EL TABACO, ENTRE OTRAS.

EL TRATAMIENTO DE TIPO FARMACOLOGICO SE DEBERA CONSIDERAR EN LOS SIGUIENTES CASOS: PACIENTE H.T.A. EN ESTADIO I A PESAR DEL TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO DURANTE TRES A SEIS MESES, PACIENTES CON H.T.A. ESTADIO I PERO CON ALTO RIESGO POR DAÑO A ORGANO BLANCO O

RIESGO CARDIOVASCULAR EN PACIENTES CON H.T.A. ESTADIO II O III Y LOS PACIENTES CON H.T.A. SISTOLICA AISLADA.

TODO PACIENTE HIPERTENSO CON CIFRAS IGUALES O SUPERIORES A 210/120 mm Hg. REQUIERE TRATAMIENTO INMEDIATO EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.

ES IMPORTANTE INFORMAR AL PACIENTE LA NECESIDAD DE CUMPLIR CON EL TRATAMIENTO INDICADO Y QUE CONOZCAN LAS REACCIONES ADVERSA, YA QUE HASTA UN 50% DE ELLOS LO ABANDONAN DURANTE EL PRIMER AÑO Y HASTA UN 60% REDUCEN LA DOSIS A CAUSA DE LOS EFECTOS INDESEADOS. (8)

EN EL CIRCULO VICIOSO DE LA FISIOPATOLOGIA DE LA H.T.A. CADA UNO DE LOS GRUPOS DE MEDICAMENTOS TIENE LA FUNCION ESPECIFICA POR EJEMPLO EN LA RESISTENCIA PERIFERICA ELEVADA ACTUAN LOS VASODILATADORES ARTERIALES, PARA EL CONTROL DE LA LIBERACION DEL SISTEMA RENINA ANGIOTENSINA SE RECOMIENDA UN INHIBIDOR DE LA ECA, PARA EL TONO VENOSO AUMENTADO O PRECARGA ELEVADA SE INDICA UN DIURETICO Y PARA EL GASTO CARDIACO ELEVADO SE BUSCA EL EFECTO DE UN B-BLOQUEADOR.

AHORA BIEN A LA HORA DE ELEGIR UN ANTIHIPERTENSIVO APROPIADO DEBEMOS CONSIDERAR: CARACTERISTICAS DEL PACIENTE, ALTERACIONES PATOLOGICAS, EL MECANISMO FISIOPATOLOGICO, LAS CARACTERISTICAS DEL MEDICAMENTO, COMO FORMA DE ADMINISTRACION Y TODOS LOS FACTORES INVOLUCRADOS EN EL CONTROL ADECUADO DE LA ENFERMEDAD.

SIEMPRE SE DEBERA INICIAR CON LA CANTIDAD DE MEDICAMENTOS Y LA DOSIS MINIMA NECESARIA Y EXCLUYENDO LOS FARMACOS CONTRAINDICADOS O QUE TENGAN RIESGO EN EL CASO PARTICULAR A TRATAR.

SIEMPRE QUE SE REQUIERA AUMENTAR EL NUMERO O LA DOSIS DE MEDICAMENTOS SE HARA EN FORMA LENTA Y SIN REBASAR LA DOSIS MAXIMA PERMISIBLE, EL CAMBIO DE MEDICAMENTO ESTA INDICADO EN LOS PACIENTES QUE NO RESPONDEN ADECUADAMENTE AL TRATAMIENTO, SOBRE TODO EN LOS QUE RECIBEN DOS O MAS FARMACOS. (8)

AHORA BIEN VOLVIENDO A LA INTENCION Y MOTIVO DE ESTE ESTUDIO EN CUANTO A LA INFLUENCIA DEL ESTRÉS DERIVADO DE LA DISFUNCION FAMILIAR EN LA FISIOPATOLOGIA, EVOLUCION MANEJO Y PRONOSTICO EN LA HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL, DEBEMOS INICIAR CON LAS DEFINICIONES Y CONCEPTOS DE ESTAS VARIABLES A INVESTIGAR ENCONTRANDO QUE:

EL TERMINO ESTRÉS SE REFIERE A UNA REACCION DEL ORGANISMO QUE SE PRODUCE CUANDO LAS EXIGENCIAS DEL MEDIO (LABORAL, FAMILIAR O PERSONAL) DESBORDAN SUS RECURSOS. Y SI ESTA SITUACION SE PROLONGA EN EL TIEMPO, PUEDEN APARECER DIVERSAS ALTERACIONES PSICOSOMATICAS (CARDIOVASCULARES, GASTROINTESTINALES, ETC.). (19)

LA FAMILIA ES CONSIDERADA LA INSTITUCION BASICA DE LA GRAN MAYORIA DE LAS SOCIEDADES HUMANAS Y REPRESENTA EL FUNDAMENTO LOGICO DE TODO DESARROLLO CULTURAL, AUN CUANDO LA FORMA DE LA FAMILIA VARIA EN LAS DIVERSAS SOCIEDADES, POR LO CUAL EN LAS DEFINICIONES TAMBIEN PUEDE HABER VARIACIONES, EJEMPLO DE ESTO EN LA DEFINICION DE LA O.N.U. QUE EN EL DOCUMENTO "M" NO. 44 DEFINE A LA FAMILIA COMO:

EL CONJUNTO DE MIEMBROS DEL HOGAR, EMPARENTADOS ENTRE SI, HASTA UN GRADO DETERMINADO POR SANGRE, ADOPCION O MATRIMONIO.

MIENTRAS QUE EL CONSEJO NORTEAMERICANO LA DEFINE COMO:

UN GRUPO DE DOS O MAS PERSONAS QUE VIVEN JUNTAS Y ESTAN RELACIONADAS UNAS CON OTRAS, POR LAZOS CONSANGUINEOS DE MATRIMONIO O ADOPCION.

PARA TERMINAR AGREGAMOS LA DEFINICION CANADIENSE, UN POCO MAS ESTRUCTURADA, LA CUAL DEFINE A LA FAMILIA COMO: EL GRUPO COMPUESTO POR UN MARIDO Y UNA ESPOSA, CON O SIN HIJOS, O UN PADRE O MADRE CON UNO O MAS HIJOS, QUE VIVEN BAJO EL MISMO TECHO. (20)

AHORA BIEN LA FAMILIA COMO TAL TIENE UN CICLO VITAL SEMEJANTE AL DE UN SER HUMANO, ES DECIR NACE, CRECE, SE DESARROLLA, SE REPRODUCE Y MUERE. LA FAMILIA POR SU PARTE TIENE CINCO FASES, LAS CUALES SON (DE

MATRIMONIO, EXPANSION, DISPERSION, INDEPENDENCIA Y POR ULTIMO DE RETIRO O MUERTE) Y DE ACUERDO A ESTOS CICLOS, TIENE TAMBIEN UNA SERIE DE FUNCIONES BASICAS, COMO SON (LA SOCIALIZACION, EL CUIDADO, EL AFECTO, LA REPRODUCCION Y EL ESTATUS O NIVEL SOCIOECONOMICO).

SIN EMBARGO PARA QUE ESTOS CICLOS VITALES Y ESTAS FUNCIONES BASICAS SE CUMPLAN, DEBERA HABER UN GRADO DE FUNCIONALIDAD, LA CUAL PUEDE SER VALORADA MEDIANTE INSTRUMENTOS DESARROLLADOS CON ESE FIN, ENTRE LOS CUALES DESTACAN (FAMILIOGRAMA, FACES III, TRIAXIAL, ETC).

PARA FINES DE ESTE ESTUDIO SE ELIGIO COMO INSTRUMENTO DE EVALUACION DE FUNCIONALIDAD FAMILIAR, EL FACES III, EL CUAL ES UN INSTRUMENTO BASADO EN EL MODELO CIRCUNFLEJO DE LOS SISTEMAS FAMILIARES Y CONYUGALES DESARROLLADO EN LA UNIVERSIDAD DE MINNESOTA POR OLSON Y COLABORADORES EN 1983.

EL MODELO HA PROBADO SU VALIDEZ PARA DISCRIMINAR ENTRE LAS FAMILIAS FUNCIONALES Y LAS NO FUNCIONALES, PERO POCO SE HA INVESTIGADO EN CUANTO A LA RELACION QUE SE PRESENTA ENTRE LA DINAMICA FAMILIAR Y LOS PADECIMIENTOS FISICOS Y EMOCIONALES, LE CORRESPONDE AL MEDICO FAMILIAR EFECTUAR ESTA DISCRIMINACION Y ES OBLIGADA LA BUSQUEDA DE UN INSTRUMENTO QUE SEA DE AUTOAPLICACION Y FACIL INTERPRETACION; ESTOS REQUISITOS LOS REUNE LA ESCALA PARA LA EVALUACION DE LA ADAPTABILIDAD Y COHESION FAMILIAR O F A C E S III POR SU NOMBRE EN INGLES (FAMILY ADAPTABILITY AND COHESION EVALUATION SCALES).

ESTE INSTRUMENTO FACILITA LA VISUALIZACION INTEGRAL DE LA ESTRUCTURA FAMILIAR ADEMAS DE PRESENTAR UN ESQUEMA DE SU FUNCIONALIDAD, FUNDAMENTADO EN DOS DIMENSIONES: COHESION Y ADAPTABILIDAD.

EL FACES III ESTA DISEÑADO DE TAL MANERA QUE PUEDE EVALUAR COMO LOS MIEMBROS DE UNA FAMILIA VEN EVENTUALMENTE A SU PROPIA FAMILIA, ES DECIR SU PERCEPCION Y COMO ES QUE LES GUSTARIA VERLA (LO IDEAL).

LA DISCREPANCIA ENTRE LA PERCEPCION EL IDEAL FACILITARIA LA MEDICION DE LA SATISFACCION FAMILIAR EN RELACION CON EL SISTEMA FAMILIAR ACTUAL; DEBE DE APLICARSE A TANTOS MIEMBROS DE LA FAMILIA COMO SEA POSIBLE CON EL PROPOSITO DE CAPTURAR LA COMPLEJIDAD DE UN SISTEMA FAMILIAR, YA QUE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA VEN A SU PROPIO SISTEMA FAMILIAR DE LA MISMA MANERA.

ENTENDEMOS POR COHESION A LA UNION DE LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA TIENEN UNOS ENTRE OTROS, MANEJA CONCEPTOS TALES COMO:

- UNION EMOCIONAL
- LIMITES
- COALICION
- TIEMPO
- ESPACIO
- AMISTADES
- TOMA DE DECISIONES
- INTERESES Y RECREACION.

LA ADAPTABILIDAD SE DEFINE COMO LA CAPACIDAD DE LA PAREJA O DE UN SISTEMA FAMILIAR PARA CAMBIAR LA ESTRUCTURA POTENCIAL, SUS ROLES Y REGLAS DE RELACION EN RESPUESTA AL ESTRÉS QUE SE DESARROLLA EN UNA SITUACION DADA, UTILIZA CONCEPTOS TALES COMO:

- POTENCIAL FAMILIAR
- ESTILO DE NEGOCIACION
- RELACIONES DE ROL
- REGLAS DE RELACION
- ACTIVIDAD
- CONTROL
- DISCIPLINA

EN LA APLICACIÓN DEL FACES III SE SUGIEREN LAS SIGUIENTES RECOMENDACIONES PARA LA OBTENCION DE MEJORES RESULTADOS:

- EXPLICAR AL ENCUESTADO QUE RESPONDA EL CUESTIONARIO DE ACUERDO A LA ESCALA DE CALIFICACION QUE APARECE EN LA PARTE SUPERIOR DEL MISMO, CONSIDERANDO CADA ASEVERACION EN RELACION CON SU FAMILIA.
- SE LE DEBE EXPLICAR QUE DEBE CONTESTAR EL CUESTIONARIO EN CUANTO A LA FORMA EN QUE CONSIDERA QUE SU FAMILIA REACCIONA HABITUALMENTE N O EN LA MANERA EN QUE PIENSA QUE DEBERIA REACCIONAR.
- EN ENCUESTADOR SE ABSTENDRA DE DAR LECTURA AL CUESTIONARIO, PERO PODRA ACLARAR DUDAS SOBRE EL SIGNIFICADO DE PALABRAS, EVITANDO SUGERIR RESPUESTAS.

UNA VEZ QUE SE TENGAN LOS RESULTADOS SE PROCEDERA A CALIFICAR O EVALUAR EL CUESTIONARIO TOMANDO EN CUENTA LOS SIGUIENTES PUNTOS:

-LA SUMA DE LOS ITEMS NONES NOS PROPORCIONAN LA CALIFICACION DE LA DIMENSION COHESION.

-LA SUMA DE LOS ITEMS PARES NOS VAN A PROPORCIONAR LA CALIFICACION DE LA DIMENSION ADAPTABILIDAD.

UNA VEZ QUE SE CUENTA CON LAS CALIFICACIONES, LOS VALORES ENCONTRADOS SE CORRELACIONAN CON LAS TABLAS 1 Y 2 DISEÑADA PARA ELLO.

DEBEMOS ENTENDER POR FAMILIA FUNCIONAL AQUELLA QUE CUMPLA CON LAS TAREAS QUE LE ESTAN ENCOMENDADAS (CUIDADO, AFECTO, ESTATUS, SOCIALIZACION Y REPRODUCCION) DE ACUERDO A LA ETAPA DEL CICLO VITAL EN QUE SE ENCUENTRA Y EN RELACION A LAS DEMANDAS DEL MEDIO EXTERNO.

COMO FAMILIA DISFUNCIONAL CONSIDERAMOS A LA QUE ES INCAPAZ DE CUMPLIR LAS TAREAS QUE SE LE ESTAN ENCOMENDADAS DE ACUERDO A LA ETAPA DEL CICLO VITAL EN QUE SE ENCUENTRA Y EN RELACION A LAS DEMANDAS DEL MEDIO EXTERNO. (19)

EN ESTE APARTADO SE ANEXARAN UN TANTO DE LOS FORMATOS FACES III, ASI COMO UN FORMATO ELABORADO EXPROFESO PARA LA VALORACION DEL GRADO DE CONTROL DE LA HIPERTENSION ARTERIAL EN LOS PACIENTES SELECCIONADOS PARA ESTE ESTUDIO.

EJEMPLOS DE ESTA INFLUENCIA SON LOS DIFERENTES ESTUDIOS COMO EL DE GRAHAM QUIEN OBSERVO QUE LOS SOLDADOS QUE PERMANECIAN POR LO MENOS UN AÑO EN LA ZONA DE GUERRA TENIAN ELEVACION PERMANENTE DE LA T.A. Y QUE SE MANTENIA ALTA HASTA 8 SEMANAS DESPUES DE HABER SIDO RETIRADOS DEL COMBATE. (21)

LA FISIOPATOLOGIA SEGÚN OBRIST DEL ESTRÉS COMO INFLUENCIA DE LA H.T.A. CONSISTE EN UN GASTO CARDIACO ELEVADO QUE CON EL PASO DEL TIEMPO OCASIONA UN AUMENTO DE LA RESISTENCIA PERIFERICA. (20)

POR OTRA PARTE PARA KAPLAN EL ESTRÉS TIENE UNA INFLUENCIA MAS TANGENCIAL COADYUDANDO A PROVOCAR MEDIANTE UN INCREMENTO DE LA ACTIVIDAD SIMPATICA, EL AUMENTO DE LA RESISTENCIA PERIFERICA. (22)

EN OTRO ESTUDIO HARBUR ENCONTRO QUE AQUELLOS SUJETOS QUE VIVIAN EN AREA URBANAS MUY ESTRESANTES DEFINIDAS POR SU ALTA DENSIDAD DE POBLACION, BAJO NIVEL ECONOMICO, ALTA MORTALIDAD Y ALTAS TASAS DE CONFLICTOS FAMILIARES, TENIAN POR LO GENERAL UNA T.A. MAS ALTA QUE AQUELLOS OTROS QUE HABITABAN EN ZONAS DE BAJO ESTRÉS. (23)

ES BIEN CONOCIDO EL ESTUDIO DE COBB Y ROSE DONDE DEMOSTRARON QUE LOS CONTROLADORES AEREOS TENIAN UNA PREVALENCIA DE H.T.A. CUATRO VECES MAYOR QUE LA DE OTROS TRABAJADORES AEREOS CON MENOR RESPONSABILIDAD. (24)

UNA ENCUESTA REALIZADA POR PATEL TANTO A HIPERTENSOS COMO A PUBLICO EN GENERAL DONDE SE LES PREGUNTABA A SU CRITERIO LA CAUSA MAS IMPORTANTE DE LA H.T.A. DIO COMO RESULTADO QUE UN 48% DE LOS HIPERTENSOS Y UN 53% DEL PUBLICO EN GENERAL OPINABAN QUE ERA LA TENSION, LAS PREOCUPACIONES Y LA ANSIEDAD. (24)

OTRO HECHO A FAVOR DE LA INFLUENCIA DEL ESTRÉS EN LA H.T.A. ES EL CONOCIDO COMO HIPERTENSION DE LA BATA BLANCA, POR LO QUE SE CONSIDERA QUE HASTA UN 20% DE LOS PACIENTES SON DIAGNOSTICADOS COMO HIPERTENSOS ERRONEAMENTE, CUANDO LA PRESION ES TOMADA POR UN MEDICO. (8)

TODO ESTO HA LLEVADO AL INTERES DE APLICAR TRATAMIENTOS PSICOLOGICOS COMO EL MANEJO DEL ESTRÉS MEDIANTE UNA TECNICA DE RELAJACION DE FACIL APRENDIZAJE Y PODER VALORAR ASI SU REAL INFLUENCIA.

DE UN GRUPO DE POR LO MENOS 25 ESTUDIOS PUBLICADOS, DONDE EN TOTAL SE VALORARON 834 HIPERTENSOS CON TECNICAS DE RELAJACION PARA MANEJO DEL ESTRÉS CONTRA 561 HIPERTENSOS COMO GRUPO CONTROL, SE

ENCONTRO COMO RESULTADO QUE DEL GRUPO TESTIGO DE 834 PACIENTES CON MANEJO DEL ESTRÉS HUBO UNA REDUCCION DE 8.6/6.2 mm Hg. EN LA PRESION SISTOLICA/DIASTOLICA RESPECTIVAMENTE, MIENTRAS QUE EN EL GRUPO CONTROL FUE DE 2.8/2.2

DADO EL GRAN TAMAÑO DE LA MUESTRA Y LO ALTAMENTE SIGNIFICATIVO DE LAS DIFERENCIAS, PARECE SUGERIR QUE LAS TECNICAS DE RELAJACION TIENEN UN CLARO EFECTO SOBRE LA P.A. (24)

OTRO ESTUDIO DE PASTEL Y MARMOT DEMUESTRAN EL BENEFICIO DEL MANEJO DEL ESTRÉS AL ESTUDIAR A 100 SUJETOS CON ALTO RIESGO DE ACCIDENTE CARDIOVASCULAR Y MANEJO DEL ESTRÉS CONTRA OTROS 100 SUJETOS CON ALTO RIESGO Y SIN MANEJO DEL ESTRÉS, ENCONTRANDO QUE A LOS 54 AÑOS DEL PRIMER GRUPO SOLO UN CASO PRESENTO E.V.C. CONTRA 6 CASOS DEL SEGUNDO GRUPO. (24)

GUERRERO=ROMERO ENCONTRARON AL ESTUDIAR LA PREVALENCIA DE H.T.A. EN COMUNIDADES RURALES DEL NORTE DE MEXICO ERA DE 21.9% MIENTRAS EN COMUNIDADES URBANAS ERA DE 27.9% ESTO SE PODRIA EXPLICAR SI SE CONSIDERA QUE EL CONTEXTO CULTURAL Y SOCIECONOMICO EN EL QUE INTERVIENE EL ESTRÉS ASOCIADO AL ESTILO DE VIDA, INCREMENTA A LAS CIFRAS TENSIONALES. (23)

CON MONITOREO AMBULATORIO DE LA P.A. (MAPA) SE ENCONTRO QUE HAY UN INCREMENTO DE LAS CIFRAS TENSIONALES CUANDO EL PACIENTE ES SOMETIDO AL ESTRÉS, ASI COMO EN LAS PRIMERAS HORAS DE LA MAÑANA Y QUE DISMINUIAN DURANTE EL REPOSO O SUEÑO. (25)

UNO DE LOS ESTUDIOS MAS IMPORTANTES EN RELACION CON LA H.T.A. Y EL ESTRÉS ES EL DE FRAMINGHAM DONDE SE SOMETIERON A ESTRÉS A 1123 PERSONAS NORMOTENSAS, EN LOS CUALES SE MEDIA NO SOLO SU CAPACIDAD DE RESPUESTA A LA IRA Y LA ANSIEDAD, PERO TAMBIEN SUS CIFRAS TENSIONALES, ENCONTRANDO QUE SOBRE TODO EN LOS HOMBRES DE MEDIANA EDAD QUE

DESARROLLARON H.T.A. TUVIERON MAYORES NIVELES DE ANSIEDAD. Y LOS MAYORES DE 60 AÑOS QUE DESARROLLARON H.T.A. ESTABAN MENOS DESEOSOS DE CONTROLAR SU ENOJO QUE LOS NORMOTENSOS, LLEGANDO A LA CONCLUSION EN ESTE ESTUDIO QUE NIVELES ALTOS DE ANSIEDAD SON PREDICTIVAS DE POSTERIOR INCIDENCIA DE HIPERTENSION ARTERIAL. (26)

LA H.T.A. IDENTIFICA Y PREDICE EL DESARROLLO DE CORONARIOPATIA, ENF. VASCULAR CEREBRAL Y ENF. RENAL PATOLOGICAS RELACIONADAS CON ALTOS INDICES CE MOVILIDAD Y MORTALIDAD, ADEMAS DE ALTA DEMANDA DE CONSULTA Y HOSPITALIZACION, POR LO QUE EL CONOCIMIENTO ADECUADO DE TODOS LOS FACTORES INVOLUCRADOS EN LA ETIOPATOGENIA DE LA HIPERTENSION ARTERIAL, INCLUIDO EN ELLOS EL ESTRÉS Y SUS POSIBLES FUENTES, NOS PERMITE LLEVAR A CABO UN MANEJO MAS ADECUADO Y OPORTUNO, REFLEJANDOSE ESTE EN IMPORTANTES BENEFICIOS PARA LA CALIDAD Y CANTIDAD DE VIDA DE NUESTROS PACIENTES. (8)

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

LA HIPERTENSION ARTERIAL SE ENCUENTRA DENTRO DE LAS PRIMERAS DIEZ CAUSAS DE CONSULTA EN LA DELEGACION GUERRERO DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO OCUPANDO EL 5° LUGAR POR SER UNA ENFERMEDAD CRÓNICA PROGRESIVA, AFECTA ÓRGANOS Y SISTEMAS DE TODA LA ECONOMÍA, SIN EMBARGO UN CONTROL ADECUADO Y PERMANENTE DE LAS CIFRAS DE TENSIÓN ARTERIAL RETRAZA LA APARICIÓN DE LOS MISMOS.

POR OTRA PARTE SIENDO LA FAMILIA LA BASE DE LA SOCIEDAD ACTUAL PODEMOS ENTENDER QUE UNA ADECUADA FUNCIONALIDAD DE LA MISMA DEBERA REPERCUTIR DIRECTA O INDIRECTAMENTE EN EL DESARROLLO BIO-PSICO-SOCIAL DE LOS INDIVIDUOS QUE LA CONFORMAN Y POR ENDE CUALQUIER ALTERACION EN SUS FUNCIONES BASICAS REPERCUTIRA EN UN DESEQUILIBRIO QUE SE REFLEJARA EN ALTERACIONES DE ALGUNA O EL TOTAL DE ESTAS TRES ESFERAS.

DADO LO ANTERIOR CONSIDERAMOS QUE ES IMPORTANTE ENFOCAR Y PROFUNDIZAR EN EL CONOCIMIENTO DE LA INFLUENCIA QUE PUEDE TENER LA FUNCION FAMILIAR CON LOS MULTIPLES PADECIMIENTOS QUE AFECTAN A LOS INDIVIDUOS EN SU ESFERA BIOPSICOSOCIAL.

TODO LO ANTERIOR NOS LLEVA A GESTAR LA SIGUIENTE PREGUNTA Y MOTIVO DE NUESTRO ESTUDIO:

¿CUÁL ES EL GRADO DE INFLUENCIA QUE TIENE LA FUNCIÓN FAMILIAR EN EL CONTROL ADECUADO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL?

JUSTIFICACION

CONSIDERANDO LA ALTA PREVALENCIA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL Y SU PRESENCIA COMO UNA DE LAS PRIMERAS CAUSAS DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD DE LA POBLACIÓN, REPRESENTA UN PROBLEMA DE SALUD PÚBLICA QUE DEBE SER MANEJADO EN FORMA INTEGRAL PARA LOGRAR DISMINUIR EL IMPORTANTE GASTO DE RECURSOS QUE IMPLICA, ASÍ COMO, ALCANZAR UNA MAYOR CALIDAD DE VIDA PARA LOS PACIENTES HIPERTENSOS.

ES IMPORTANTE MENCIONAR QUE ENTRE LOS DERECHOHABIENTES DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO, QUE VIVEN EN CIUDAD GUERRERO, CONTAMOS CON 32 PACIENTES DIAGNOSTICADOS COMO HIPERTENSOS ESENCIALES, GENERANDO EN TOTAL EL 5º LUGAR COMO DEMANDA DE CONSULTA.

LA EVOLUCIÓN DE ESTE PADECIMIENTO GENERA A LA INSTITUCIÓN UN GASTO IMPORTANTE DADO QUE INVOLUCRA NO SOLO ALTA DEMANDA DE CONSULTA SINO ADEMÁS DE INTERCONSULTAS, MEDICAMENTOS Y HASTA HOSPITALIZACIONES, REFLEJÁNDOSE ESTO ADEMÁS EN UN DETRIMIENTO EN LA CALIDAD DE VIDA DEL PACIENTE E INCREMENTO DE COSTOS A LA INSTITUCION.

ES EVIDENTE LA RELACION QUE EXISTE ENTRE EL NÚCLEO FAMILIAR Y LA GENESIS Y CONTROL DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL, YA QUE ENCONTRAMOS UNA SERIE DE FACTORES GENETICOS Y SOCIALES COMO SON ESTILO DE VIDA, HABITOS DE ALIMENTACIÓN, EJERCICIO Y EL APOYO EN LA FASE DE ACEPTACIÓN DE LA ENFERMEDAD Y EN LA MODIFICACIÓN DE HABITOS, LO QUE NOS HACE COMENTAR QUE LA FAMILIA ES EN BUENA PARTE GENERADORA DE LA PATOLOGÍA DE NUESTRO ESTUDIO.

POR LO TANTO DEBEMOS PRESUMIR QUE UNA FAMILIA DISFUNCIONAL NO ESTA EN CONDICIONES DE BRINDAR EL APOYO, NI EMOCIONAL, NI FISICO QUE EL PACIENTE REQUIERE, NO SOLO EN LA MODIFICACIÓN DE HABITOS SINO TAMBIEN EN RELACION A LA LIBERACIÓN DE CATECOLAMINAS DERIVADAS DEL ESTRÉS Y LA PROCUPACION GENERADA POR UN PROBLEMA FAMILIAR, LO CUAL ES UN FACTOR IMPORTANTE EN EL DESCONTROL DEL PACIENTE HIPERTENSO. POR OTRA

PARTE UNA FAMILIA FUNCIONAL PUEDE BRINDAR AL PACIENTE EL APOYO NECESARIO, TANTO EN LA FASE DE ADAPTACIÓN COMO EN EL CONTROL, ES DECIR QUE A MAYOR APOYO UNA MAS RAPIDA ACEPTACIÓN DE LA ENFERMEDAD Y UN MAYOR APEGO AL TRATAMIENTO (MEDICO Y NO MEDICO) RETRASANDOSE DE ESTA MANERA LA APARICION DE COMPLICACIONES.

ESTO PODRIA REFLEJARSE EN UN MENOR COSTO POR PACIENTE HIPERTENSO TANTO EN LO REFERENTE A MEDICAMENTOS COMO INTERCONSULTAS Y HOSPITALIZACIONES Y POR CONSECUENCIA A UN MENOR NUMERO DE DEFUNSIONES RELACIONADAS CON ESTE PEDECIMIENTO, LOGRANDO FINALMENTE UNA MEJOR CALIDAD DE VIDA PARA LOS DERECHOHABIENTES DE ESTA INSTITUCION.

ESTE PROYECTO PODRIA IMPACTAR EN UN MEJOR MANEJO DEL PACIENTE CON HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL, DADO QUE LA INSTITUCION DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA, CONTAMOS CON UN DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA CLINICA QUE INCLUYE UN PROGRAMA DE TERAPIA FAMILIAR.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.- CONOCER LA INFLUENCIA QUE TIENE LA FUNCION FAMILIAR EN EL CONTROL DE LA HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL EN LOS DERECHOHABIENTES DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO EN CIUDAD GUERRERO, CHIH.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

1. CONOCER LA PREVALENCIA DE HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL EN LOS PACIENTES DERECHOHABIENTES DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO EN CD. GUERRERO, CHIH.
2. DETERMINAR LA FRECUENCIA DE DISFUNCION FAMILIAR EN LOS PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL, DERECHOHABIENTES DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CD. GUERRERO, CHIH.
3. CONOCER LA FRECUENCIA DE DESCONTROL DE LA HIPERTENSION ARTERIAL ENTRE LOS PACIENTES DERECHOHABIENTES DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CD. GUERRERO, CHIH.
4. CONOCER LA PREVALENCIA POR EDAD Y SEXO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL ENTRE LOS PACIENTES, DERECHOHABIENTES DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CD. GUERRERO, CHIH.
5. CONOCER SI EXISTE O NO RELACION ENTRE LAS DOS VARIABLES.
(HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR)

HIPOTESIS

LA HIPÓTESIS NO ES NECESARIA POR TRATARSE DE UN ESTUDIO DE TIPO DESCRIPTIVO.

METODOLOGIA

DISEÑO

TIPO DE ESTUDIO = DESCRIPTIVO - PROSPECTIVO, TRANSVERSAL.

POBLACIÓN= DE UN TOTAL DE 919 DERECHOHABIENTES AL SERVICIO DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO, DE CD. GUERRERO, CHIH. SE DETECTARON MEDIANTE REVISIÓN DE EXPEDIENTES A 32 PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL.

LUGAR= ESTE ESTUDIO SE REALIZARA EN CD. GUERRERO, CHIH. SIENDO ESTA UNA COMUNIDAD SEMI - URBANA CON UNA POBLACIÓN DE 5830 HABITANTES, UBICADA A 2020 MTS. SOBRE EL NIVEL DEL MAR.

PERIODO= DE ENERO A DICIEMBRE DE 1999

UNIVERSO DE TRABAJO:

- a) PACIENTES DERECHOHABIENTES DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO CON DX. DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL ESENCIAL, QUE VIVEN EN CD. GUERRERO, CHIH. Y QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA DE 1ER NIVEL.
- b) TAMAÑO DE LA MUESTRA SE TOMARÁ TODO EL UNIVERSO QUE CONSTA DE 32 PACIENTES QUE CALIFICARON CON LOS CRITERIOS DE INCLUSIÓN.

CRITERIOS DE SELECCIÓN:

A) CRITERIOS DE INCLUSION.

- 1.- PACIENTES CON DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL.
- 2.- RESIDENTES EN CD. GUERRERO, CHIH. (AREA URBANA)
- 3.- DERECHOHABIENTES DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA.

4.- PACIENTES QUE ACUDIERON DURANTE EL PERIODO DE JULIO A DICIEMBRE DE 1999 A ATENCION MEDICA, CON LOS TRES MEDICOS QUE LABORAN PARA ESA INSTITUCION EN DICHA CIUDAD.

5.- QUE ACEPTEN SER ENCUESTADOS.

6.- QUE TENGAN MINIMO UN AÑO DE DIAGNOSTICADOS COMO HIPERTENSOS.

B) CRITERIOS DE EXCLUSION=

TODOS LOS QUE NO CUMPLAN CON LOS CRITERIOS DE INCLUSION.

C) CRITERIOS DE ELIMINACION=

1.- PACIENTES QUE ABANDONEN LA COMUNIDAD POR CAMBIO DE DOMICILIO.

2.- PACIENTES QUE FALLEZCAN.

3.- PACIENTES QUE APORTEN MENOS DEL 50% DE LOS DATOS.

4.- PACIENTES QUE HAYAN SIDO DADOS DE BAJA DEL SERVICIO DE PENSIONES, DURANTE EL PERIODO DEL ESTUDIO.

DESCRIPCION GENERAL DEL ESTUDIO

INICIO EL DIA 15 DE SEP. CON LA ENCUESTA EN BASE A LAS CEDULAS DE RECOLECCION DE DATOS HECHA A LOS PACIENTES Y SUS FAMILIARES QUE CALIFICARON CON LOS CRITERIOS DE INCLUSION, SE PROCEDIO A DAR CITA A LOS PACIENTES PARA LA ELABORACIÓN DEL FACES III, CONCLUYENDO ESTE PROCESO SE DIO INICIO A LA FASE DE ORGANIZACIÓN Y PRESENTACIÓN DE DATOS Y SE INICIO EL ANÁLISIS Y LA INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS.

RECURSOS

- a) HUMANOS= EL INVESTIGADOR Y EL ASESOR.
- b) FISICOS= CONSULTORIO Y PAPELERIA COSTEADA POR EL INVESTIGADOR.
- c) FINANCIAMIENTO= NO HAY PATROCINADORES, TODOS LOS GASTOS SERAN SUFRAGADOS POR EL INVESTIGADOR.

CEDULA DE RECOLECCIÓN DE DATOS SE ANEXA.

- a) CEDULA PARA VALORACION DE H.T.A.
- b) FORMATO DE ENCUESTA TIPO FACES III

FORMA DE CALIFICAR FUNCION-DISFUNCION FAMILIAR: DESCRITA EN EL APARTADO DE VARIABLE INDEPENDIENTE.

FORMA DE DETERMINAR H.T.A. ESENCIAL= DESCRITA EN EL APARTADO DE VARIABLE INDEPENDIENTE.

FORMA DE TOMAR LA T.A.:

PACIENTE SENTADO, BRAZO DESNUDO, SIN PRESIÓN, APOYADO A LA ALTURA DEL CORAZÓN, SIN CRUZAR LAS PIERNAS DESPUÉS DE 15 MINUTOS DE REPOSO, CERCORÁNDONOS QUE EL PACIENTE NO HAYA TOMADO CAFEINA O FUMADO EN LOS 30 MINUTOS PREVIOS. SE USARÁ UN ESFIGNOMANOMETRO CALIBRADO, CON EL TAMAÑO DEL MANGUITO ADECUADO, COLOCADO 2 CMS. POR ENCIMA DEL PLIEGUE DEL CODO, INFLÁNDOLO HASTA 200MM DE HG. CONSIDERANDO COMO PRESION ARTERIAL SISTOLICA (P.A.S.) EL 1ER RUIDO DE KOROTKOF Y PARA PRESION ARTERIAL DIASTOLICA (P.A.D.)

EL 5° RUIDO DE KIROTKOF, TODAS LAS TOMAS SE HARÁN EN EL CONSULTORIO DEL INVESTIGADOR Y EN FORMA PERSONAL PREVIA CITA.

LA ENCUESTA DE FACES III SE HARA AL PACIENTE, PREVIA CITA Y EN SU DOMICILIO.

DEFINICIÓN DE VARIABLES

1) VARIABLE INDEPENDIENTE= HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL

A) DEFINICIÓN CONCEPTUAL:

a) SEGÚN LA O.M.S.= P.A.S.= IGUAL O MAYOR A 160 mm Hg.

P.A.D.= IGUAL O MAYOR A 95 mm Hg.

b) SEGÚN EL COMITÉ NACIONAL CONJUNTO PARA EL DX. DE LA H.T.A.

P.A.S.= IGUAL O MAYOR A 140 mm Hg.

P.A.D.= IGUAL O MAYOR A 90 mm Hg.

c) SEGÚN LA REVISIÓN DE LA 5ª JUNTA DEL COMITÉ NAL. DE LA H.T.A.

P.A.S.= IGUAL O MAYOR A 160 mm Hg.

P.A.D.= IGUAL O MAYOR A 90 mm Hg.

B) DEFINICIÓN OPERACIONAL: PARA FINES DE ESTE ESTUDIO SE CONSIDERARÁ COMO H.T.A CUANDO:

P.A.S. = IGUAL O MAYOR A 140 mm Hg.

P.A.D. = IGUAL O MAYOR A 90 mm Hg.

2) VARIABLE DEPENDIENTE= FUNCIONALIDAD FAMILIAR

A) DEFINICION CONCEPTUAL:

a) SE CONSIDERARA COMO FAMILIA FUNCIONAL AQUELLA QUE CUMPLA CON LAS TAREAS QUE LE ESTAN ENCOMENDADAS (CUIDADO, AFECTO ESTATUS, SOCIALIZACION Y REPRODUCCION) DE ACUERDO A LA ETAPA DEL CICLO VITAL EN QUE SE ENCUENTRA Y EN RELACION A LAS DEMANDAS DEL MEDIO EXTERNO.

b) SE CONSIDERARA COMO FAMILIA DISFUNCIONAL AQUELLA QUE ES INCAPAZ DE CUMPLIR CON LAS TAREAS QUE LE ESTAN ENCOMENDADAS DE ACUERDO A LA ETAPA VITAL EN QUE SE ENCUENTRA Y EN RELACION A LAS DEMANDAS DEL MEDIO EXTERNO.

B) DEFINICION OPERACIONAL:

a) PARA FINES DE ESTE ESTUDIO SE CONSIDERARÁ COMO FAMILIA FUNCIONAL AQUELLA QUE OBTENGA UNA CALIFICACION EN LA ENCUESTA TIPO FACES III DENTRO DE LOS SIGUIENTES MARGENES:

- COHESION-SEMIRELACIONADA= ENTRE 35 Y 40 PUNTOS
 - RELACIONADA= ENTRE 41 Y 45 PUNTOS
- ADAPTABILIDAD- ESTRUCTURADA= ENTRE 20 Y 24 PUNTOS
 - FLEXIBLE= ENTRE 25 Y 28 PUNTOS.

b) PARA FINES DE ESTE ESTUDIO SE CONSIDERABA COMO FAMILIA DISFUNCIONAL AQUELLA QUE OBTENGA UNA CALIFICACION EN LE ENCUESTA TIPO FACES III, DENTRO DE LOS SIGUIENTES MARGENES:

- COHESION- NO RELACIONADA= ENTRE 10 Y 34 PUNTOS
 - AGLUTINADA ENTRE 46 Y 50 PUNTOS.
- ADAPTABILIDAD- RIGIDA= ENTRE 10 Y 19 PUNTOS
 - CAOTICA= ENTRE 29 Y 50 PUNTOS

METODOS MATEMÁTICOS PARA EL ANÁLISIS

POR TRATARSE DE UN ESTUDIO DESCRIPTIVO, SOLO SE UTILIZARAN MEDIOS ESTADISTICOS COMO : (CHI CUADRADA) Y MEDIDAS DE TENDENCIA CENTRAL (PORCENTAJE, PROPORCION)

ASPECTOS ETICOS

EL PACIENTE FIRMARA ESTAR DE ACUERDO EN PARTICIPAR EN LA REALIZACION DE LA ENCUESTA, BAJO EL CONOCIMIENTO DE QUE LOS DÁTOS RECABADOS SOLO SERAN PUBLICADOS MEDIANTE LA AUTORIZACION DE LA INSTITUCION (P.S.E) Y EN DICHO CASO DE NINGUNA MANERA SERAN REVELADOS LOS NOMBRES DE LOS PACIENTES.

LO ANTERIOR ATENDIENDO A LO ESTIPULADO EN LA DECLARACION DE HELSINKI ESTABLECIDA EN LA LEY GENERAL DE SALUD EN MATERIA DE INVESTIGACION.

RESULTADOS

RESULTADOS

1. DE LOS PACIENTES ORIGINALMENTE CONTEMPLADOS, CUATRO QUEDARON EXCLUIDOS POR NO REUNIR LOS CRITERIOS DE INCLUSION Y OTROS CUATRO POR REUNIR LOS REQUISITOS DE EXCLUSION, QUEDANDO COMO SUJETOS DE ESTUDIO 26 PACIENTES.

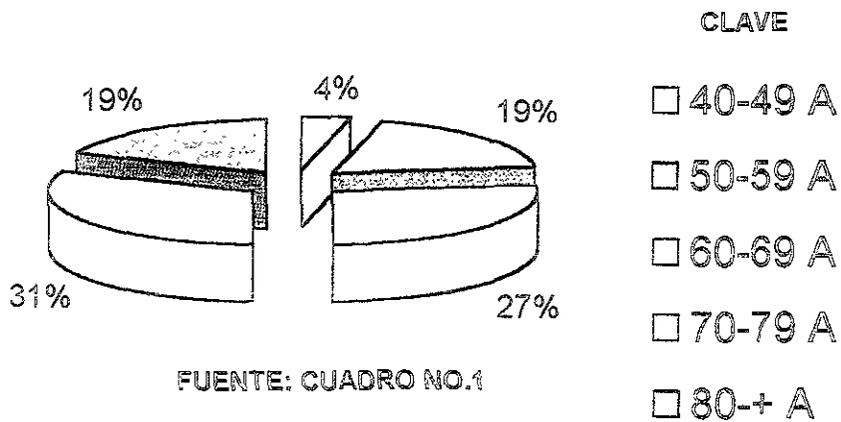
2.- LA DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS POR GRUPO DE EDAD FUERON LOS SIGUIENTES:

CUADRO NO. 1: TITULO.- DISTRIBUCION DE PACIENTES POR EDAD

EDAD	NO.	%
40-49 A	1	4
50-59 A	5	19
60-69 A	7	27
70-79 A	8	31
80-+ A	5	19
TOTAL	26	100%

FUENTE-ENCUESTA DIRECTA

GRAFICA NO. 1 TITULO: DISTRIBUCION DE PACIENTES POR EDAD.



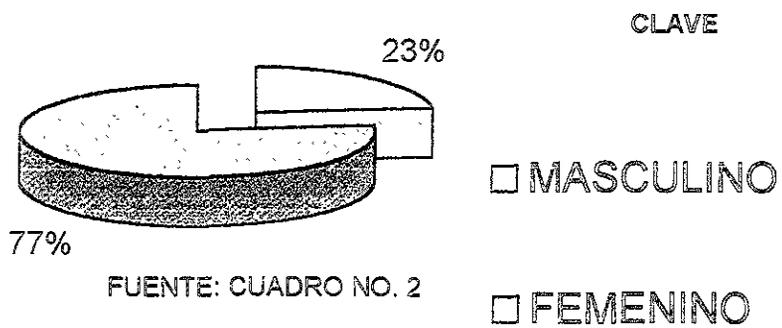
3.- LA DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES POR GENERO SE MUESTRA EN EL CUADRO NO. 2

CUADRO NO. 2: TITULO.- DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS POR GENERO:

GENERO	NUMERO	%
MASCULINO	6	23
FEMENINO	20	77
TOTAL	26	100

FUENTE -ENCUESTA DIRECTA

GRAFICA NO. 2 TITULO: DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES POR GENERO



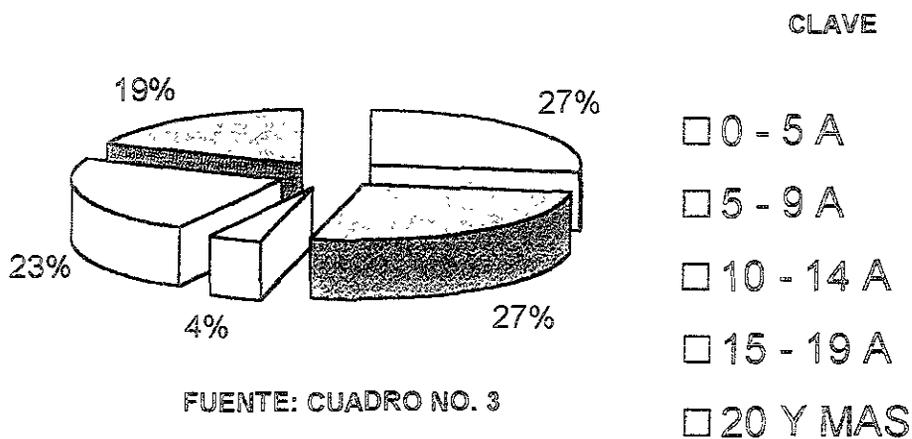
4.- UNO DE LOS RESULTADOS ENCONTRADOS EN NUESTRO ESTUDIO FUE LA DETERMINACION DEL TIEMPO DE EVOLUCION DESDE QUE SE DIAGNOSTICO EL PADECIMIENTO, HASTA LA ELABORACION DEL TRABAJO Y LO DISTRIBUIMOS POR QUINQUENIOS. COMO SE MUESTRA EN EL CUADRO NO. 3

CUADRO NO. 3: TITULO.- DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES POR TIEMPO DE EVOLUCION.

TIEMPO	NO.	%
0 - 5 A	7	27
5 - 9 A	7	27
10 - 14 A	1	4
15 - 19 A	8	23
20 Y MAS	5	19
TOTAL	26	100%

FUENTE- ENCUESTA DIRECTA

GRAFICA NO. 3: TITULO.- DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES POR TIEMPO DE EVOLUCION.



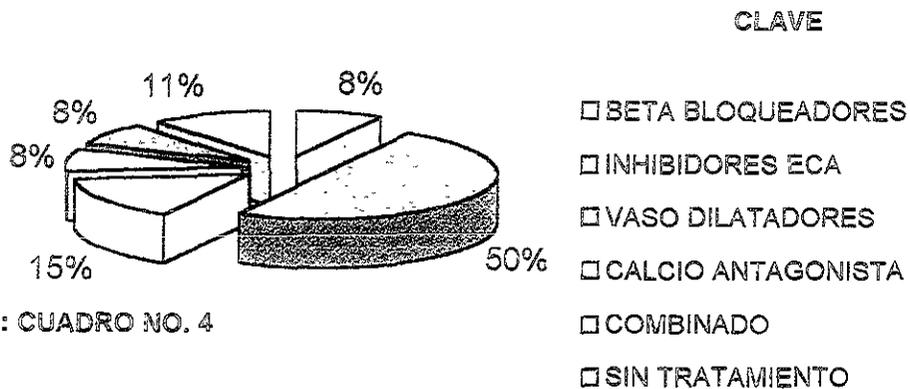
5.- EN CUANTO AL TRATAMIENTO QUE EL PACIENTE RECIBIA ENCONTRAMOS QUE 23 PACIENTES (88%) TENIAN PRESCRITO Y TOMABAN TRATAMIENTO FARMACOLOGICO Y EL RESTO NO. LOS MEDICAMENTOS UTILIZADOS SE DECRIBEN EN EL CUADRO NO. 4.

CUADRO NO. 4: TITULO.- MEDICAMENTOS UTILIZADOS POR LOS PACIENTES EN ESTUDIO.

MEDICAMENTOS	NO.	%
BETA BLOQUEADORES	2	8
INHIBIDORES ECA	13	50
VASO DILATADORES	4	15
CALCIO ANTAGONISTA	2	8
COMBINADO	2	8
SIN TRATAMIENTO	3	11
TOTAL	26	100%

FUENTE- ENCUESTA DIRECTA

GRAFICA NO. 4: TITULO.- MEDICAMENTOS UTILIZADOS POR LOS PACIENTES EN ESTUDIO.



FUENTE: CUADRO NO. 4

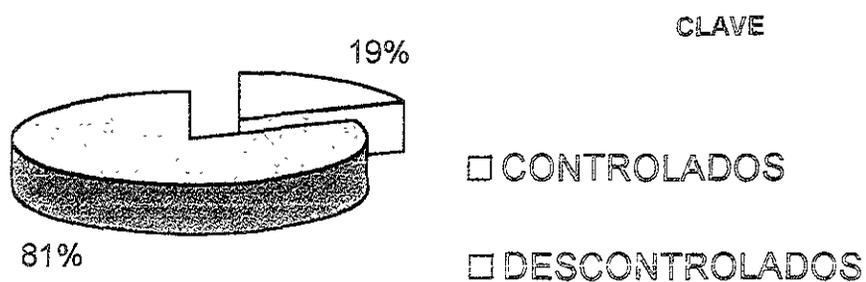
6.- EN NUESTRO ESTUDIO ENCONTRAMOS LA MAYOR PARTE DE LOS PACIENTES DESCONTROLADOS COMO SE MUESTRA EN EL CUADRO NO. 5

CUADRO NO. 5: TITULO.- DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES DE ACUERDO A SU TIPO DE CONTROL

CONTROL	NO.	%
CONTROLADOS	5	19
DESCONTROLADOS	21	81
TOTAL	26	100%

FUENTE- ENCUESTA DIRECTA

GRAFICA NO. 5: TITULO.- DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES DE ACUERDO A SU TIPO DE CONTROL



FUENTE: CUADRO NO. 5

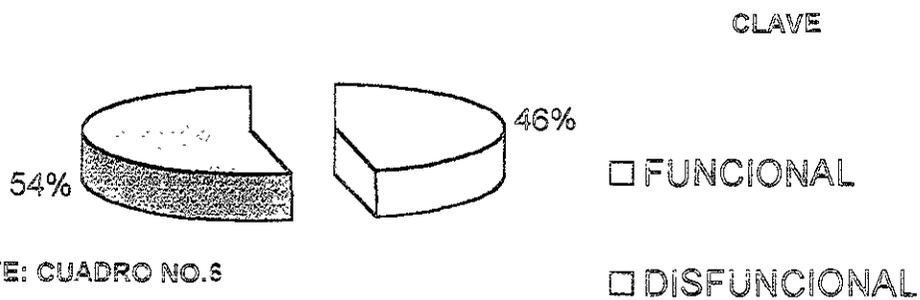
7.- EN LO QUE SE REFIERE A LA FUNCION FAMILIAR, LOS RESULTADOS ENCONTRADOS SE MUESTRA EL CUADRO NO. 6

CUADRO NO. 6: TITULO.- DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES DE ACUERDO A SU FUNCIONALIDAD FAMILIAR.

FUNCIONALIDAD	NO.	%
FUNCIONAL	12	46
DISFUNCIONAL	14	54
TOTAL	26	100%

FUENTE- ENCUESTA DIRECTA

GRAFICA NO. 6: TITULO.- DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES DE ACUERDO A SU FUNCIONALIDAD FAMILIAR.



FUENTE: CUADRO NO.6

8.- DE ACUERDO A LA COMBINACION RESULTANTE DE COMPARAR EL CONTROL Y DESCONTROL DE LA HIPERTENSION Y LA FUNCIONALIDAD Y DISFUNCIONALIDAD FAMILIAR, ENCONTRAMOS LOS RESULTADOS QUE SE MUESTRAN EN EL CUADRO NO. 7

CUADRO NO. 7: TITULO.- RELACION DEL CONTROL DE LA HIPERTENSION Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR.

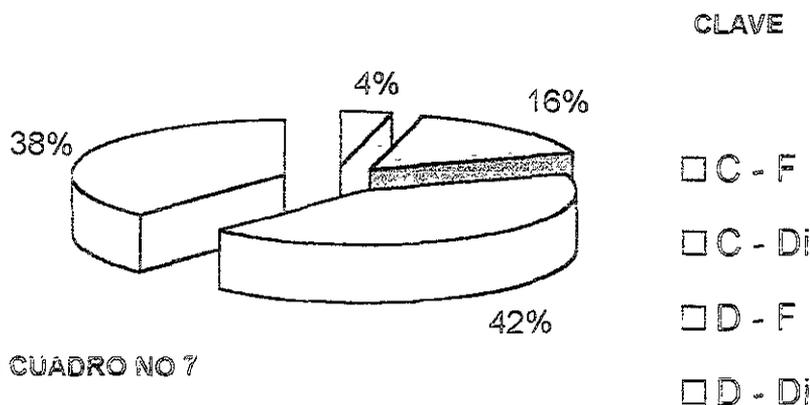
RELACION	NO.	%
C - F	1	4
C - Di	4	16
D - F	11	42
D - Di	10	38
TOTAL	26	100%

FUENTE- ENCUESTA DIRECTA

CLAVE:

- C. HIPERTENSION CONTROLADA
- D: HIPERTENSION DESCONTROLADA
- F: FAMILIA FUNCIONAL
- Di: FAMILIA DISFUNCIONAL

GRAFICA NO. 7: TITULO.- RELACION DEL CONTROL DE LA HIPERTENSION Y LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR.



FUENTE: CUADRO NO 7

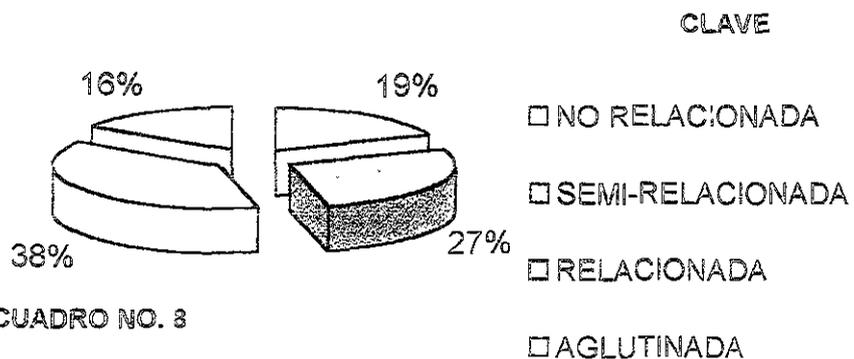
9.- DE ACUERDO AL FACES III, AL EXPLORAR EL AREA DE COHESION, LOS RESULTADOS SE DISTRIBUYERON EN LAS 4 CATEGORIAS EVALUADAS COMO SE MUESTRA EN EL CUADRO NO. 8

CUADRO NO. 8: TITULO.- DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES DE ACUERDO A LAS CATEGORIAS EVALUADAS EN COHESION.

COHESION	NO.	%
NO RELACIONADA	5	19
SEMI-RELACIONADA	7	27
RELACIONADA	10	38
AGLUTINADA	4	16
TOTAL	26	100%

FUENTE- ENCUESTA DIRECTA

GRAFICA NO. 8: TITULO.- DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES DE ACUERDO A LAS CATEGORIAS EVALUADAS EN COHESION.



FUENTE: CUADRO NO. 8

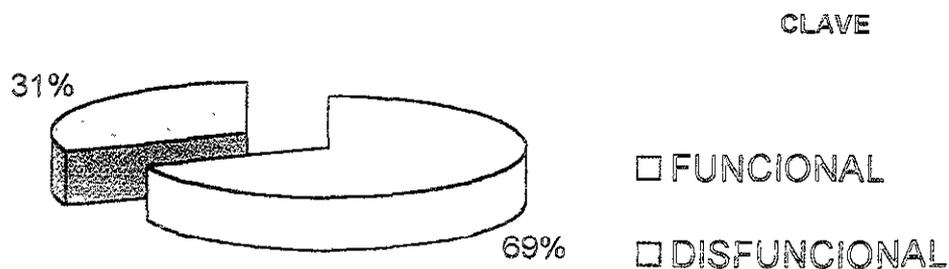
10.- CONSIDERANDO COMO FUNCIONALES LAS CATEGORIAS CENTRALES (SEMIRELACIONADA Y RELACIONADA) Y COMO DISFUNCIONALES LAS CATEGORIAS EXTREMAS (NO RELACIONADAS Y AGLUTINADAS) ENCONTRAMOS EN COHESION LOS SIGUIENTES RESULTADOS QUE SE MUESTRAN EN EL CUADRO NO. 9.

CUADRO NO. 9: TITULO.- DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES POR SU FUNCIONALIDAD DE ACUERDO A LA COHESION.

COHESION	NO.	%
FUNCIONAL	18	69
DISFUNCIONAL	8	31
TOTAL	26	100

FUENTE- ENCUESTA DIRECTA

GRAFICA NO. 9: TITULO.- DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES POR SU FUNCIONALIDAD DE ACUERDO A LA COHESION.



FUENTE: CUADRO NO.9

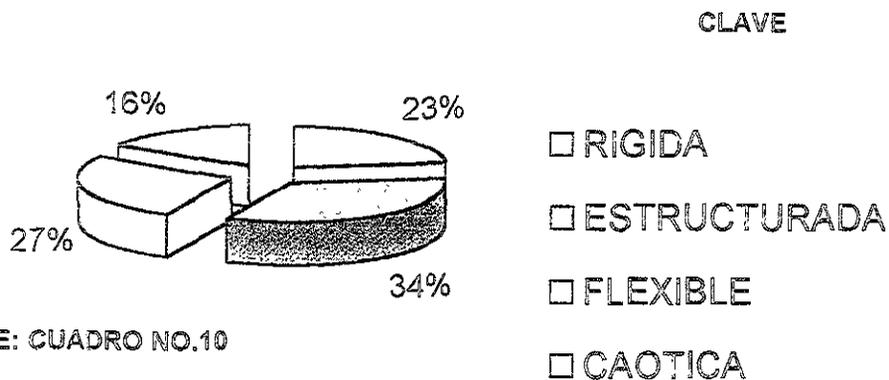
11.- DE ACUERDO AL FACES III EXPLORANDO EN EL AREA DE ADAPTABILIDAD Y DE ACUERDO A LAS CUATRO CATEGORIAS EVALUADAS. LOS RESULTADOS SE MUESTRAN EN EL CUADRO NO. 10

CUADRO NO. 10: TITULO.- DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES DE ACUERDO A LAS CATEGORIAS EVALUADAS EN ADAPTABILIDAD.

ADAPTABILIDAD	NO.	%
RIGIDA	6	23
ESTRUCTURADA	9	34
FLEXIBLE	7	27
CAOTICA	4	16
TOTAL	26	100%

FUENTE- ENCUESTA DIRECTA

GRAFICA NO. 10: TITULO.- DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES DE ACUERDO A LAS CATEGORIAS EVALUADAS EN ADAPTABILIDAD.



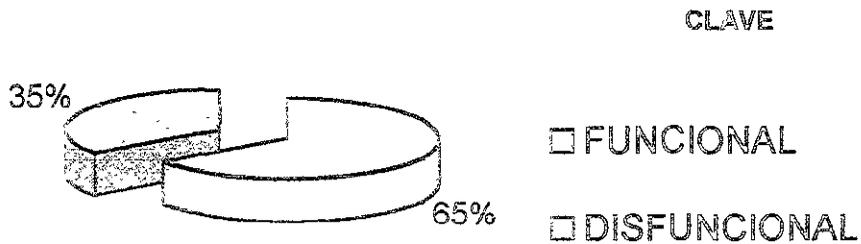
12.- CONSIDERANDO COMO FUNCIONALES LAS CATEGORIAS CENTRALES (ESTRUCTURADA Y FLEXIBLE) Y COMO DISFUNCIONALES LAS CATEGORIAS EXTREMAS (RIGIDA Y CAOTICA) ENCONTRAMOS EN ADAPTABILIDAD LOS RESULTADOS QUE SE MUESTRAN EN EL CUADRO NO. 11.

CUADRO NO. 11: TITULO.- DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES POR SU FUNCIONALIDAD DE ACUERDO A LA ADAPTABILIDAD.

ADAPTABILIDAD	NO.	%
FUNCIONAL	17	65
DISFUNCIONAL	9	35
TOTAL	26	100%

FUENTE- ENCUESTA DIRECTA

GRAFICA NO. 11: TITULO.- DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES POR SU FUNCIONALIDAD DE ACUERDO A LA ADAPTABILIDAD.



FUENTE: CUADRO NO.11

DISCUSION

1. EN NUESTRO ESTUDIO ENCONTRAMOS QUE LA DISTRIBUCION DE LOS PACIENTES ESTUDIADOS POR GRUPOS SETARIOS Y GENERO, ES SEMEJANTE A LA REPORTADA EN LA LITERATURA NACIONAL Y MUNDIAL.
2. EN CUANTO AL TIEMPO DE EVOLUCION DE LA ENFERMEDAD. DESDE EL MOMENTO EN QUE SE DIAGNOSTICO, HASTA EL MOMENTO DEL ESTUDIO, LOS PACIENTES QUE REPRESENTARON EL 40%, FUERON MAYORES DE 70 AÑOS Y EL 46% RESTANTE TENIAN MAS DE 10 AÑOS DE EVOLUCION. LO CUAL REBASA GENEROSAMENTE LAS EXPECTATIVAS QUE ALGUNOS ESTUDIOS ELABORADOS POR COMPAÑIAS DE SEGUROS DONDE LE ASIGNAN UNA ESPERANZA DE VIDA AL HIPERTENSO DESCONTROLADO DE 55 AÑOS.
(9)
3. EN NUESTRO ESTUDIO TAMBIEN SE MUESTRA QUE EL 81% DE NUESTROS PACIENTES, RECIBIAN TRATAMIENTO CON UNA SOLA DROGA, LO CUAL SE APEGA A LOS CRITERIOS ESTABLECIDOS DE EVITAR LA POLIFARMACIA.
4. EN NUESTRO ESTUDIO ENCONTRAMOS QUE LA MAYORIA DE NUESTROS PACIENTES (81) ESTA EN EL RANGO DE HIPERTENSION DESCONTROLADA, SIN EMBARGO EN LO REFERENTE A FUNCIONALIDAD FAMILIAR SOLO EL 54% SE CONSIDERO DISFUNCIONAL, ESTO SE APEGA A LAS CIFRAS ENCONTRADAS EN OTROS ESTUDIOS QUE TRATAN EL ASPECTO MULTIFACTORIAL COMO ORIGEN DEL DESCONTROL DEL HIPERTENSO, CON MAYOR PREDOMINANCIA EN EL ESTRÉS DERIVADO DE LA PROBLEMÁTICA SOCIO FAMILIAR.
5. EN LAS FAMILIAS ENCONTRADAS COMO DISFUNCIONALES, PREDOMINARON LAS RELACIONADAS CON LA ADAPTABILIDAD FAMILIAR EN UN 48% DE LOS CASOS Y CON LA COHESION EN UN (35%), PREDOMINANDO LA DE TIPO RIGIDO CON UN (23%) Y LA NO RELACIONADA CON UN (19%) EN REFERENCIA A LOS ASPECTOS COMENTADOS AL INICIO DEL PARRAFO.
6. RELACIONANDO EL CONTROL DE LA HIPERTENSION CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR, ENCONTRAMOS SOLAMENTE UN 38% DE CASOS EN LOS QUE SE PRESENTARON SIMULTANEAMENTE LAS VARIABLES DESCONTROL Y DISFUNCIONALIDAD. Y UN 42% PRESENTO LA VARIABLE DESCONTROL EN AUSENCIA DE DISFUNCION FAMILIAR, LO QUE NOS INDICA QUE NO ES CONCLUYENTE QUE LA DISFUNCION FAMILIAR SEA LA UNICA CAUSA DE DESCONTROL EN LOS PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL.

7. POR OTRO LADO TOMANDO COMO UNIVERSO TODOS LOS PACIENTES ESTUDIADOS INDEPENDIEMENTE DEL CONTROL DE SU ENFERMEDAD, ENCONTRAMOS QUE EN UN 54% DE LOS CASOS EXISTIA ALGUN GRADO DE DISFUNCION FAMILIAR.

CONCLUSIONES

1. CONSIDERAMOS QUE SE CUMPLIERON LOS OBJETIVOS DEL ESTUDIO, YA QUE SE CONOCIO LA PREVALENCIA DE HIPERTENSION, LA FRECUENCIA DE LA DISFUNCION FAMILIAR EN LOS PACIENTES CON HIPERTENSION, LA FRECUENCIA DE DESCONTROL, LA PREVALENCIA POR EDAD Y GENERO Y CONOCIMOS QUE NO EXISTE UNA RELACION CONCLUYENTE ENTRE LA PRESENCIA DE DISFUNCION FAMILIAR Y LA PRESENCIA DE DESCONTROL DE LA HIPERTENSION EN LOS PACIENTES DE NUESTRO ESTUDIO.
2. ES NECESARIO COMPLEMENTAR EL PRESENTE ESTUDIO PARA INVESTIGAR OTRAS VARIABLES QUE PUDIERAN ESTAR RELACIONADAS CON EL DESCONTROL DE LA HIPERTENSION ARTERIAL.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.- FROHLICH E.D., GRIM C. LABART D.R. Special task force appointed by the steering committee. *HIPERTENSION* 1988; 11:209-A
- 2.- MEANEY E. La hipertensión arterial como factor de riesgo cardiovascular. *EDICIONES AMPAC* 1989;99-109.
- 3.- RUDNICK M.E. Y COLS, Hypertension in a family practice. *CANADIAN MEDICAL ASSOCIATION JOURNAL* 117;492.
- 4.- ASOCIACION NAL. DE CARDIOLOGOS DE MEX.I. Consenso nacional de HTA. *REV. MEX. CARDIOL.* 1995;6:9-14.
- 5.- Uemura K. Pisa Z. Trends in cardiovascular disease mortality in industrialised countries since 1950. *World Health Stat Q* 1988;41:155-68.
- 6.- Márques-Vidal P, Tuomilehto J. Hypertension awareness, treatment and control in the community. Is the rule of halves still valid? *J Hum Hyperten* 1997;11:213-20.
- 7.- DIRECCION GENERAL DE EPIDEMIOLOGIA SSA. Anuario 1983-1991 MEX.
- 8.- PRACTICA DIARIA. GUIA DIAGNOSTICO TERAPEUTICA, *REV. MED IMSS MEX.* 1997;35 (6); 411-430.
- 9.- DR. FRANCISCO ESPINOSAL. La hipertensión arterial como factor de riesgo para la enfermedad cardiovascular. *MEDICINA PREVENTIVA*, MARZO= ABRIL 1998; 25-27.
- 10.- WHO Expert Committee. Hypertension control, WHO Tech Rep Ser no.862. Geneva: World Health Organization, 1996.
- 11.- Kannel WB, Castelli WP, McNamara PM, et al. Role of blood pressure in the development of congestive heart failure. The Framingham Study. *N Engl J Med* 1972;287:781-7.

- 12.- Lauer RM Are risk factors for heart disease present in youth? Alexander S. Nadas Lecture. 69th. Scientific Sessions of the American Heart Association, New Orleans, La., November 10-13, 1996.
- 13.- PICKERING T.G. JAMES D.G. How common is white coat hipertensión? JAMA 1988;259:225-228.
- 14.- BOE J. HUMERFELT S. 1957 The blood pressure in a population. ACTA MEDICUS SCANDINAVIA (SUPP. 321) 157;1.
- 15.- Kaplan NM Clinical hypertension. Baltimore: Williams and Wilkins, 1978.
- 16.- John E. Littler. MANUAL PRACTICO DE MEDICINA. UNIVERSIDAD DE IOMA. Mosby Mex.1990.
- 17.- Leon AS, Myers MJ, Connett J, for the MRFIT Research Group. Leisure time physical activity and the 16-year risks of mortality from coronary heart disease and all-causes in the Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT). Int J Sports Med 1997;18 (Suppl 3)S208-S215.
- 18.- L. DE LA REVILLA. M.D. La disfunción familiar. ATENCION PRIMARIA. VOL. 10 NUM. 2. JULIO=AGOSTO 1992 (7) 582-583.
- 19.- Obrist PA. Cardiovascular Psychophysiology: a perspective. Nueva York: Plenum, 1980.
- 20.- DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA, FUNDAMENTOS DE MEDICINA FAMILIAR, 4^a. EDICION INTERNACIONAL EDITORIAL- MEDICINA FAMILIAR MEX. MCMXCVI CAP.1.
- 21.- ISAAC AMIGO, JULIO HERRERA D.P. Hipertensión y estrés. MEDICINA CLINICA, VOL. 101, NUM. 14.1993; 541-543.
- 22.- NORMAN M. KAPLAN M.D. MANEJO DE LA HIPERTENSION 3^a. EDICION HOECHST. MEX. 1990.
- 23.- JESUS FERNANDO GUERRERO M.C. Prevalencia de hipertension arterial y factores asociados. SALUD PUBLICA DE MEX. VOL=40, NO. 4, JULIO=AGOSTO 1998;339-345.

24.- Patel C, Marmot M, Terry D, Carruthers M, Hunt B, Patel M. Trial of relaxation in reducing coronary risk: Four years follow-up. Br Med J 1985; 290:1.103-1.106.

25.- JOSE ANGEL CURIEL, RICARDO ALVARADO RUIZ. Variación circadiana de la presión arterial en pacientes con H.T.A. de reciente Dx. REV. MED IMSS (MEX) 1997; 35 (2):99-105.

26.- JEROME H. MARKOVITZ, MD. MPH; Psychological predictor of hipertensión in the framingham study. JAMA NOV. 24, 1993-VOL 270, NO. 20:2439-2443.

ANEXOS

CEDULA DE RECOLECCION DE DATOS

FOLIO _____ NO DE PENSIONES _____

NOMBRE _____

DOMICILIO _____

EDAD _____ SEXO _____

FECHA DE DX. _____ TIEMPO DE EVOLUCION _____

TOMA DE MEDICAMENTOS _____

PRIMERA TOMA T.A. P.A.S. _____ P.A.D. _____

SEGUNDA TOMA T.A. P.A.S. _____ P.A.D. _____

CALIFICACION DE ENCUESTA

FACES I I

COHESION _____

ADAPTABILIDAD _____

DIAGNOSTICO FAMILIAR:

FUNCIONAL ()

DISFUNCIONAL ()

CONSENTIMIENTO DEL PACIENTE PARA LLEVAR A CABO LA ENCUESTA BAJO
LAS CONDICIONES DESCRITAS EN EL APARTADO DE ASPECTOS LEGALES.

F I R M A

FACES III
Olson DH, Portner J, Lavee Y.
Versión en Español Gómez C. Ingoyen C.

1	2	3	4	5
NUNCA	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE

DESCRIBA A SU FAMILIA:

- _____ 1. Los miembros de su familia se dan apoyo entre sí.
- _____ 2. En nuestra familia, se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas.
- _____ 3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia.
- _____ 4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina.
- _____ 5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos
- _____ 6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad.
- _____ 7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia.
- _____ 8. Nuestra familia cambia el modo de hacer sus cosas.
- _____ 9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia.
- _____ 10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos.
- _____ 11. Nos sentimos muy unidos.
- _____ 12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones
- _____ 13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente.
- _____ 14. En nuestra familia las reglas cambian.
- _____ 15. Con facilidad podemos planear actividades en familia.
- _____ 16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros.
- _____ 17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones.
- _____ 18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad.
- _____ 19. La unión familiar es muy importante.
- _____ 20. Es difícil decir quien hace las labores del hogar.

FACES III

CALIFICACION:

- La calificación en COHESION es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ITEMS NONES
- La calificación en ADAPTABILIDAD es igual a la suma de los puntajes obtenidos en los ITEMS PARES

TABLA 1:

COHESION	AMPLITUD DE CLASE
No relacionada	10 - 34
Semirelacionada	35 - 40
Relacionada	41 - 45
Aglutinada	46 - 50

TABLA 2:

ADAPTABILIDAD	AMPLITUD DE CLASE
Rígida	10 - 19
Estructurada	20 - 24
Flexible	25 - 28
Caótica	29 - 50