

11226

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
DELEGACION 1 NOROESTE DEL DISTRITO FEDERAL
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR NUMERO 33 EL ROSARIO
COORDINACION CLINICA DE EDUCACION E INVESTIGACION EN SALUD

CONTROL DE LAS CIFRAS TENSIONALES EN PACIENTES
HIPERTENSOS CON ASISTENCIA Y SIN ASISTENCIA A
GRUPOS DE AYUDA EN LA UMF No. 33 EL ROSARIO

TESIS
PARA OBTENER EL POSGRADO DE:
MEDICINA FAMILIAR
PRESENTA:
DRA. IANEL MONTUFAR MARTINEZ

ASESOR: DRA. MARIA DEL CARMEN MORELOS CERVANTES
PROFESOR ADJUNTO DE LA ESPECIALIDAD DE MEDICINA
FAMILIAR DE LA UMF No. 33 EL ROSARIO



MEXICO, D.F. MARZO ~~2000~~

2005

0348301



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.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo recepcional.
NOMBRE: Ianel Montufar Martínez
FECHA: 26/09/05
FIRMA: [Signature]

AUTORIZACION:

[Signature]
VoBo DR RODOLFO ARVIZU IGLESIAS
Jefe de Enseñanza e Investigación Médica de la UMF No 33 El Rosario

[Signature]
VoBo DRA MONICA ENRIQUEZ NERI
Profesor Titular de la Especialidad de Medicina Familiar de la UMF No 33 El Rosario

[Signature]
VoBo DRA MA, DEL CARMEN MORELOS CERVANTES
Profesor Adjunto de la Especialidad de Medicina Familiar No 33 El Rosario y Asesor de Tesis

[Signature]
VoBo DRA IANEL MONTUFAR MARTINEZ
Residente Investigador, adscrito a la UMF No 33 El Rosario.



SUBDIVISIÓN DE ESPECIALIZACIÓN
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
FACULTAD DE MEDICINA
U.N.A.M. 2

RESUMEN

Montúfar I., Morelos-Cervantes MC. Control de las cifras tensionales en pacientes hipertensos con asistencia y sin asistencia a grupos de ayuda en la UMF N°33 "El Rosario. Tesis, México Marzo 2006.

Objetivo: Determinar el control de las cifras tensionales en pacientes con y sin asistencia a grupos de ayuda.

Material y Métodos: Es un estudio descriptivo, transversal, prospectivo, observacional y longitudinal donde se realizaron 349 tomas de cifras tensionales a pacientes hipertensos que asisten o no a los grupos de ayuda aceptando verbalmente participar. Se tomaron cifras tensionales al inicio y al final del estudio, utilizando variables sociodemográficas.

Resultados: Se realizaron a 229 pacientes tomas de cifras tensionales a los pacientes en estudio y a 120 pacientes en grupo control, predominando las mujeres, la ocupación varía en ambos grupos siendo ama de casa las de grupo en estudio y empleados en el grupo control.

Conclusiones: La frecuencia en la disminución de las cifras tensionales en pacientes que asisten a grupos de ayuda es mayor que en los pacientes que no asisten. Por lo que es necesario la difusión de los grupos de ayuda, fomentar la asistencia a los mismos y disminuir las cifras tensionales de los pacientes hipertensos, pues se demostró que los pacientes que se encuentra en su casa, realizando las labores del hogar son las que más acuden a los grupos de ayuda.

DEDICADA A:

MIS PADRES Y HERMANOS POR TODO EL APOYO BRINDADO DURANTE
TODOS ESTOS AÑOS

A TODAS ESAS PERSONAS QUE ME BRINDARON SUS CONOCIMIENTOS
SIN RECELO

A MIS COMPAÑEROS POR SU AMISTAD Y APOYO INCONDICIONAL

A DIOS POR PERMITIRME LLEGAR HASTA AQUÍ Y ESTAR SIEMPRE
CONMIGO

INDICE.

PRESENTACION.....	1
AUTORIZACION.....	2
RESUMEN.....	3
DEDICATORIA.....	4
INDICE.....	5
TITULO.....	6
INTRODUCCION	7
JUSTIFICACION DEL ESTUDIO.....	11
OBJETIVOS.....	12
MATERIAL Y METODOS.....	13
ANALISIS DE RESULTADOS.....	34
CONCLUSIONES.....	36
ANEXOS.....	38
BIBLIOGRAFIA.....	40

CONTROL DE LAS CIFRAS TENSIONALES EN PACIENTES
HIPERTENSOS CON ASISTENCIA Y SIN ASISTENCIA A GRUPOS
DE AYUDA EN LA UMF No 33.

INTRODUCCION:

De las patologías crónico degenerativas, la hipertensión arterial es una de las enfermedades de mayor prevalencia en México. Alrededor del 26.6% de la población de 20 a 69 años la padece y cerca del 60% de los individuos afectados desconocen su enfermedad (1). Esto significa que en nuestro país existen más de 13 millones de personas con este padecimiento, de las cuales un poco más de 8 millones no han sido diagnosticadas. La hipertensión arterial es un importante factor de riesgo de las enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares, renales, y periféricas. Su prevalencia en la población adulta mexicana oscila entre 12 y 23% (2).

La mortalidad por estas complicaciones ha mostrado un incremento sostenido en las últimas décadas, encontrándose entre las últimas causas de muerte. Su incidencia provoca que sea una de las principales causas de atención en la consulta externa de todo el Sistema Nacional de Salud. En 1992 se presentaron casi 22,000 enfermedades vasculares cerebrales y al menos 42% estuvo relacionado con hipertensión arterial. Dos estimaciones realizadas por la Secretaría de Salud reflejan la magnitud del impacto de la enfermedad en la sociedad mexicana. En 1990 se perdieron por lo menos 131,313 años potenciales de vida en los sujetos hipertensos, y la hospitalización anual ocasionada por la hipertensión arterial o sus complicaciones es de casi 164 mil días. La urgente necesidad de atender de manera específica y práctica los principales problemas de salud pública en nuestro país, hacen necesaria la participación de todas las entidades relacionadas con la salud en México. Datos epidemiológicos nacionales recientemente publicados (3,4) enfatizan y dan cifras preocupantes de la prevalencia de las enfermedades crónicas esenciales (ECEA). En general, se puede afirmar que la prevalencia de todas las ECEA, denotan un crecimiento porcentual importante, sobre todo cuando se comparan con las informadas en la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas de 1993 (3) (ENEC). Una grave consecuencia de este aumento en la prevalencia de ECEA, es el incremento exponencial en la tasa de sus complicaciones. Ocupando ya, en la república mexicana, la primera causa de morbilidad y mortalidad del adulto entre 20 y 69 años.

Una fracción muy importante del presupuesto destinado al sector salud. Es sin duda, principalmente absorbido por las ECEA y sus complicaciones (aterotrombosis, cardiopatía hipertensiva, aterosclerosis o isquémica, insuficiencia renal terminal, insuficiencia cardíaca, ceguera, amputaciones, trastornos neuropsiquiátricos degenerativos, enfermedad pulmonar, enfermedad vascular cerebral, entre otros). Siendo además, las principales generadoras de incapacidad e invalidez, afectando tanto al grupo poblacional económicamente activo como al grupo de la tercera edad. El costo de su atención es multimillonario, y en general al tratarse de padecimientos no curables, sino únicamente controlables, requerirán generalmente atención médica y tratamiento farmacológico de por vida.

Así, siendo las enfermedades cardiovasculares, la principal causa de muerte en la población adulta de nuestro país, se hace imperativo, intensificar la participación de todos los organismos involucrados en el sector salud. (5)

La hipertensión arterial es la ECEA de mayor prevalencia mundial. En México en el año 2000 la prevalencia informada de HTAS entre los 20 y 69 años fue del 30.05%, es decir, más de 15 millones de mexicanos, en dicho grupo de edad. Los estados del norte de la república, alcanzaron cifras de prevalencia aún mayores. Lamentablemente el 61% de los hipertensos detectados en la encuesta nacional 2000, desconocieron ser portadores del mal, situación que es de extrema importancia ya que, en general, en México, el paciente acude al médico cuando ya han transcurrido varios años desde el inicio de su HTAS y, probablemente, ya habrá en su mayoría algún grado de daño a algún órgano. Además de los que fueron detectados como conocedores de su enfermedad, solo la mitad estaba bajo tratamiento farmacológico antihipertensivo, y de éstos, sólo el 14.6% mostró cifras consideradas de control (menos de 140/90 mmHg). Lo anterior sin contar que el criterio reciente para el control en el paciente diabético o con daño renal, debe ser más estricto (menos de 130/80 mmHg) De manera que, de forma rigurosa, se estima que solamente menos del 10% de la población hipertensa en México está realmente en control óptimo.

La prevalencia de hipertensión arterial por grupo de edad según la población mexicana según la ENEC en 1993 es de: 18 a 29 años de 12.6%, de 30 a 39 años de 18.1%, de 40 a 49 años de : 29.9% de 50 a 59 años es de 43.1% y de 60 años a 74 años de 50.5%. En nuestro país se presenta un aumento de las enfermedades crónico degenerativas entre las que se encuentran la diabetes mellitas y la hipertensión arterial. De acuerdo a la ENSA (Encuesta Nacional de Salud) 2000, la prevalencia de ambos fue de: 10.9% y de 30.1% respectivamente, lo que permite vislumbrar el importante número de enfermos que hay en nuestro país que requieren de un adecuado control metabólico, a través de un abordaje integral. Como una estrategia para favorecer este control, el IMSS implementa los grupos de ayuda para pacientes diabéticos y/o hipertensos, con el propósito de ayudar al proceso educativo y de esta manera coadyuvar en el control de estas enfermedades.(11)

En México la distribución poblacional es aún de tipo piramidal, es decir, la mayor parte de la población adulta se ubica entre los 20 y 54 años. Al cuantificar el número absoluto de pacientes portadores de HTAS, se encontró que en México el 75% de los hipertensos, tienen menos de 54 años de edad. En el año 2000 se encontró que el 20% de los pacientes entre 20 y 35 años de edad conocían ser portadores de HTAS, mientras que casi el 50% de los pacientes entre 55 y 69 años de edad lo reconoció.

La prevalencia de HTAS guarda estrecha relación con la edad, medio ambiente-estilo de vida, género y factores co-morbidos, tales como diabetes, obesidad, dislipidemias, tabaquismo y predisposición genética. Además, no solo es la gravedad de la HTAS, sino su interacción con estos factores, lo que determina la magnitud y velocidad de progresión de daño a órgano blanco, situación que debe considerarse primordial para el establecimiento de un tratamiento médico racional. Es por ello que durante la lectura de estas recomendaciones no se deben perder de vista las características individuales del paciente portador de HTAS.(11)

En la población hipertensa mexicana, los factores de riesgo cardiovasculares más frecuentes fueron: tabaquismo, consumo de alcohol, obesidad, vida sedentaria, consumo de sal, los antecedentes familiares y patologías asociadas. Otros factores de riesgo del

paciente hipertenso que deberán tomarse en cuenta son la valoración de la edad ya que por si sola es un factor de riesgo importante ya que durante los primeros años de vida existe una interacción entre el componente genético de la enfermedad, el medio ambiente y las características de la dieta.

En décadas anteriores aparece el perfil aterogénico con aumento del colesterol sérico y sus complicaciones como la arterioesclerosis y síndrome oclusivo y su consecuente aumento de la presión arterial (11).

Por lo tanto la edad es un factor de riesgo para hombres mayores de 60 años y mujeres postmenopausicas (en México se considera como factor de riesgo a una mujer mayor de 52 años), así como otras patologías como lo son las dislipidemias, hiperuricemia que son factores de riesgo para la presentación de la hipertensión arterial de manera secundaria (que entra dentro del estilo de vida).

Dentro de los estilos de vida que influyen para el desarrollo de la hipertensión arterial se encuentran: la obesidad a partir de un IMC igual o mayor a 27 o un diámetro de cintura mayor de 85 cm en la mujer o de 98 cm en el hombre. Cuando se pierde peso parecen ser dos los mecanismos de disminución de la presión arterial, el primero consiste en una disminución de la actividad simpática, y el segundo implica una mejoría en la sensibilidad a la insulina, asociada a una relación a la sensibilidad al sodio. Por cada kilogramo que se logre reducir de peso corporal, se traducirá en una disminución de la presión arterial de 11.6/1.3 mmHg en un número considerable de pacientes.

El consumo del alcohol puede producir una elevación aguda de la presión arterial mediada por activación simpática central cuando se consume en forma repetida.

La actividad física cuando se practica en forma de ejercicio aeróbico en forma regular es capaz de disminuir la presión arterial alrededor de 5 mmHg. Esto se logra en 3-4 sesiones a la semana de 30 o 40 minutos de duración, en los que la frecuencia cardiaca se eleva en 60 a 70% del valor máximo. La ingesta de sodio en la dieta menor de 100 mmol/día disminuye la presión arterial 8/5 mmHg. Esto equivale a menos de 6 g de sal al mes.

El tabaco es un poderoso factor que acelera la aterosclerosis y el daño vascular, además que incrementa los niveles de colesterol sérico. La obesidad central agrava la resistencia a la insulina. La cafeína en la dieta en forma de café, té o refrescos de cola puede provocar elevaciones de la presión arterial (11)

El tipo de personalidad y la capacidad para manejar el estrés, se han considerado factores de riesgo para hipertensión, sobre todo los individuos con personalidad tipo A, que sobre reaccionan a los menores estímulos, que tienden a comportarse con un elevado sentido de urgencia en el tipo y tiempo que son frecuentemente agresivos, hostiles y compulsivos (11)

En el 95% de los casos de hipertensión no existe causa identificable, cuando es así se le denomina esencial o primaria, aun cuando se reconozcan alteraciones en los sistemas como renina, angiotensina, aldosterona, nervioso simpático y de elementos como: volumen sanguíneo extravascular, gasto cardíaco y estado de las resistencias vasculares periféricas. Esta forma de hipertensión arterial intervienen factores genéticos en un 30% de los afectados y los factores ambientales en un 50%.

Existen medicamentos que predisponen al desarrollo de la hipertensión, dentro de los más comunes se encuentran los antigripales con agentes vasoconstrictores, los esteroides, y los anovulatorios (11).

La calidad de vida, entendida esta como la sensación de bienestar físico, psíquico y social, incluyendo la sensación de bienestar, la capacidad física, laboral y recreativa, la buena integración familiar con el buen balance entre la independencia y la autonomía, y la satisfacción sexual, emocional, espiritual y social, se ve afectada en forma negativa cuando se presenta la hipertensión arterial.

Muchos pacientes son asintomáticos hasta el momento del diagnóstico de la hipertensión arterial. Por lo que es importante efectuar las medidas necesarias para la prevención y control de la hipertensión (11).

Los grupos de autoayuda tienen sus antecedentes a inicios del siglo XX, cuando en 1905, el médico neumólogo Pratt, utilizó como recurso terapéutico la reunión de 50 enfermos de tuberculosis a quienes educó en aspectos médicos e higiénicos sobre su enfermedad obteniendo resultados favorables al mejorar sus condiciones físicas y mentales. Posteriormente en 1953, en Estados Unidos a iniciativa de los fundadores de Alcohólicos Anónimos, surgen grupos de ayuda gestionados por la misma comunidad, convencidos de que solo a través de la fuerza que se da al interior de un grupo y de cada individuo se pueden enfrentar retos y combatir problemas de salud.

En la actualidad, no se conoce el número de grupos de ayuda que funcionan en las unidades del IMSS, pero se les identifica como una alternativa adecuada para dar respuesta a las necesidades de salud, en relación con el aprendizaje cognoscitivo y la modificación de conductas y estilos de vida en la población derechohabiente.

El instituto implementa los grupos de ayuda para pacientes diabéticos- hipertensos con el propósito de ayudar al proceso educativo que consta de 6 sesiones de una hora con periodicidad semanal con los siguientes temas: aspectos generales de la diabetes y la hipertensión arterial, complicaciones de la diabetes y la hipertensión no controladas, control de la diabetes y de la hipertensión, plan de alimentación del paciente con diabetes e hipertensión, importancia de la actividad física sistemática y el manejo del estrés.(09)

El control adecuado del paciente con hipertensión está íntimamente asociado a la estabilidad y al rol que el individuo desarrolla en el seno de su familia, la cual lo motiva y fortalece para continuar en autocontrol en formas permanente.

La intervención anticipada de los que no la padecen y de los que la padecen hace que se modifique la historia natural de la enfermedad, evitándose de esta manera las complicaciones agudas y crónicas de la enfermedad.

Nuestra intervención debe estar dirigida a asegurar que el propio paciente participe en las actividades de autocuidado, tiene que ser él, un gestor de su control y seguimiento, independientemente de la fase de la historia natural de la enfermedad en la que se encuentre.

Las obligaciones y restricciones establecidas junto con los pacientes, evitando imponer aquellos aspectos no factibles de realizar, permitirá involucrarlo en dicha responsabilidad y así obtener por sí mismo los mejores resultados. Es bien sabido que cuando se involucra a las personas en el análisis de sus problemas, las probabilidades de éxito para solucionarlo son más satisfactorias, al sentir que fueron creadas por él mismo.

El médico de la atención primaria, será el responsable de controlar el 100% de los grupos de autoayuda pertenecientes a su población en forma conjunta con su equipo de salud. incorporar a 25% de las personas con factores de riesgo asociados a hipertensión, identificar anualmente, el 25% de la población con factores de riesgo con base al censo por grupo étnico, e ingresarlos a grupos educativos para modificar pautas de conducta nocivas, demostrar mediante esta estrategia, el logro en el control del 50% de los pacientes, privilegiando el control no farmacológico mediante un plan nutricional y actividad física, desarrollar dos proyectos de investigación anual, que permitan evaluar el impacto de los grupos sobre la salud y el control de sus integrantes en las clínicas y hospitales.

JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

En la historia natural de la hipertensión arterial durante los primeros años de vida de un sujeto, existe una interacción entre el componente genético, el medio ambiente y las características de la dieta, posteriormente aparece el perfil aterogénico, con la elevación de los niveles séricos de colesterol y, si no se lleva a cabo un tratamiento de manera conjunta y adecuado, aparecen complicaciones tempranas y tardías de la hipertensión.

Un rasgo distintivo de la historia natural de la enfermedad es que la mayor parte de su curso clínico es sintomática, de tal manera que un paciente puede presentarse con una complicación tardía como cuadro inicial, de aquí la importancia de ayudar a los pacientes que ya son hipertensos a conocer más sobre su enfermedad y sobre su manera de tratamiento, y seguimiento, a través de los grupos de ayuda y además el conocimiento que sus mismos compañeros pueden darles acerca de sus experiencias con la hipertensión y la manera de prevenir esas complicaciones tardías y que posteriormente lleven a secuelas mayores, así como también la manera de modificar los estilos de vida de manera permanente que como sabemos son los mayores causantes de las patologías crónicas degenerativas, en este caso de la hipertensión arterial. Estas modificaciones deben aconsejarse a la población en general como una medida de prevención primaria de la hipertensión arterial y sus complicaciones, teniendo como objetivo prolongar la vida y mejorar la calidad de la misma en cada uno de estos pacientes y sus familias.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

DETERMINAR EL CONTROL DE LAS CIFRAS TENSIONALES EN PACIENTES CON ASISTENCIA Y SIN ASISTENCIA A GRUPOS DE AYUDA EN LA UMF 33.

OBJETIVO UNIVERSAL.

IDENTIFICAR LAS CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS DE LOS USUARIOS DE LA UMF 33 DE 20 A 59 AÑOS DE EDAD QUE CURSEN CON HIPERTENSION ARTERIAL.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

IDENTIFICAR SI LOS PACIENTES QUE ASISTEN A LOS GRUPOS DE AYUDA SE ENCUENTRAN CON UN CONTROL EN SUS CIFRAS TENSIONALES BUENO, REGULAR O MALO.

IDENTIFICAR SI LOS PACIENTES HIPERTENSOS QUE NO ASISTEN A LOS GRUPOS DE AYUDA SE ENCUENTRAN CON CONTROLES TENSIONALES BUENOS, REGULARES O MALOS.

MATERIAL Y METODOS.

El estudio se desarrolló en las instalaciones de la Unidad De Medicina Familiar Número 33 "El Rosario", de la Delegación 1 Y 2 Noroeste región la Raza del Instituto Mexicano del Seguro Social, la cual proporciona atención médica de primer nivel. Siendo el periodo de estudio de noviembre de 2004 y hasta diciembre del 2005.

DISEÑO DE ESTUDIO.

Observacional,
Transversal
Longitudinal
Prospectivo
Descriptivo

La población de estudio fueron los pacientes hipertensos adscritos a la UMF 33 "El Rosario", IMSS.

Los criterios de inclusión fueron los siguientes:

Tener entre 20 y 69 años de edad, de ambos sexos, que pertenezcan a cualquier turno ya sea matutino o vespertino, ser integrantes del grupo de ayuda, con diagnóstico de hipertensión y con o sin asistencia a grupos de ayuda.

Los criterios de no inclusión fueron para los pacientes hipertensos que hayan asistido a grupos de ayuda con anterioridad o usuarios de los grupos de ayuda que tengan otra enfermedad crónico-degenerativa y no tengan diagnóstico de hipertensión.

Y los criterios de eliminación se aplicaron a los pacientes a los que una vez terminadas las 4 sesiones no quieran que se les tome la presión arterial, así como al paciente hipertenso que no desea participar en el estudio.

El muestreo se efectuó por conveniencia.

VARIABLES DEL ESTUDIO

El control de cifras tensionales se llevó a efecto en pacientes con más/menos cifras de PA 140/90 mm Hg (sistólica-diastólica), con y sin tratamiento médico, hipertensos con y sin asistencia a grupos de ayuda tomando en consideración como variables sociodemográficas la edad, el sexo, la ocupación, la escolaridad y el estado civil.

Se muestra la escala del tipo de medición siendo buena la PA 120/80 a 120/ 84 regular 130/85 a 139/ 89 y mala mayor de 140/90 mm Hg.

Para el control de las cifras tensionales en pacientes hipertensos se toman en consideración las siguientes variables sociodemográficas: edad, sexo, ocupación escolaridad, estado civil.

Se realizó un estudio de tipo descriptivo en la UMF 33, de la Delegación 1-2 Noroeste, cuyo objetivo fue identificar el control de las cifras tensionales en los pacientes hipertensos con y sin asistencia a los grupos de ayuda en los usuarios de esta unidad de Medicina Familiar.

El estudio fue realizado por el propio investigador, para lo cual se realizó la toma de la presión arterial con la técnica descrita anteriormente, con ayuda del servicio de trabajo social quien captó a los pacientes hipertensos para poderlos ingresar a los grupos de ayuda y poder así realizar el estudio, se realizó una serie de 4 sesiones en las que se abarcaron los aspectos más importantes de la hipertensión arterial así como de la diabetes en los que se ven aspectos generales de la diabetes y la hipertensión arterial, complicaciones de la diabetes y la hipertensión no controladas, control de la diabetes y la hipertensión, plan de alimentación del paciente con diabetes e hipertensión, importancia de la actividad física sistemática y el manejo del estrés. La selección de los pacientes fue por conveniencia.

La realización de la investigación se fue en las instalaciones de la Unidad de Medicina Familiar, de ambos turnos y por un tiempo determinado de 5 meses durante a los cuales al finalizar cada grupo de ayuda con sus seis sesiones se procedió a la toma de la presión arterial en cada uno de los grupos previo consentimiento informado y así en los pacientes que no asisten a grupos de ayuda o que nunca han asistido.

Una vez realizadas las sesiones y haberles tomado la presión arterial se pasó al análisis de datos, para lo cual los datos fueron procesados en una base de datos específica, y se realizó un análisis descriptivo, con cálculo de promedios y medias.

FACTIBILIDAD Y ASPECTOS ETICOS.

Consideramos que el estudio fue factible de realizarse, ya que no implicó mayor dificultad técnica y requirió de la realización de la toma de la presión arterial en los pacientes que acuden a los grupos de ayuda como en los que no acudan en la UMF 33, para lo que se cuenta con los recursos necesarios incluyendo una carta informativa y de consentimiento.

Considero que no hubo aspectos éticos relevantes que se pudieran infringirse con la realización de la toma de la presión arterial.

Se tomó en cuenta las recomendaciones dadas a los médicos involucrados en investigaciones biomédicas, adoptadas por la asamblea médica de Helsinki de la Organización Mundial de la Salud en 1964, y revisada por la XXIX Asamblea Mundial Médica en Tokio Japón en 1975, en Venecia en 1983, en Hong Kong en 1989 y enmendada en 1993, Que se basa en los principios de respeto por las personas para decidir si participan o no en la investigación sin temor a represalias posteriores, con el fin de obtener el máximo de beneficios de la investigación sin infringir daño a las personas y sin correr ningún riesgo, y tratando a las personas de manera correcta y apropiada.

Las disposiciones de Helsinki II deben aplicarse a todas las investigaciones biomédicas en las cuales se utiliza al hombre, cuyos principios básicos nos indican que debe estar basada en conocimientos previos, formulada claramente en un protocolo sometido a un comité para comentarios y guía y bajo supervisión de una persona clínicamente competente, con una evaluación cuidadosa de los riesgos predecibles, prevaleciendo siempre los intereses y la integridad del individuo sobre los de la ciencia y la sociedad, siendo este debidamente informado de los objetivos y métodos de la investigación. Obligándose el investigador a preservar la exactitud de los resultados.

RESULTADOS

El grupo de estudio conformado por 229 pacientes mostró por rangos de edad los siguientes porcentajes: de 20 a 24 años (1) el 0.43 %; de 25 a 29 años, (0) el 0%; de 30 a 34 años (1) el 0.43 %; de 35 a 39 años (3) el 1.31 %, de 40 a 44 años (12) 5.24 %; de 45 a 49 años (17) 7.42 %, de 50 a 54 años (35) 15.28 % de 55 a 59 años (30) 13.10 %, de 60 a 64 años (76) 33.18 % y de 65 a 69 años (54) 23.58 % (ver tabla 1 y gráfica).

Del grupo control fueron las siguientes:

De 20 a 24 años (3), 2.5%; de 25 a 29 años (7), 5.83 %; de 30 a 34 años (11) 9.16%; de 35 a 39 años (7) 5.83%; de 40 a 44 años (19) 15.83%; de 45 a 49 años (12) 10%; de 50 a 54 años (16) 13.33%; de 55 a 59 años (7) 5.83%; de 60 a 64 años (18) 15.00%; de 65 a 69 años(20) 16.66%; (ver tabla 2 y gráfica).

De acuerdo al sexo el grupo de estudio se conformó por pacientes del sexo femenino (182) 79.48% y pacientes del sexo masculino (47) 20.52% (ver tabla 3 y gráfica).

En el estudio de pacientes por turno en grupo de estudio fueron del matutino (206) 89.96% y vespertino (23) 10.04% (ver tabla 4 y gráfica).

Pacientes por sexo en grupo de control femenino (86) 71.6% masculino (34) 28.33%, (ver tabla 5 y gráfica).

De pacientes por turno en grupo de control matutino (72) 60% vespertino (48) 40% (ver tabla 6 y gráfica).

El control de cifras tensionales en grupo de estudio al inicio fue de calidad buena en dos pacientes 0.87% regular (31) 13.53% y mala (196) 85.58% (ver tabla 7 y gráfica).

En pacientes en grupo de control al inicio la calidad buena en 12 pacientes 10% regular (26) 21.66% y mala (82) 68.33% (ver tabla 8 y gráfica).

El control de cifras tensionales en grupo de estudio al final buena (71) 31%, regular (133) 58.07% y mala (25) 10.91%, (ver tabla 9 y gráfica).

El control de cifras tensionales en grupo control al final buena (29) 24.17%, regular (37) 30.83% y mala (54) 45% (ver tabla 10 y grafica).

Porcentaje de estado civil en grupo control: Casado (84) 70%, soltero (7) 5.83% viudo (12) 10%, divorciado (4) 3.33%, unión libre (13) 10.83 % (ver tabla 11 y gráfica).

El porcentaje de estado civil en grupo de estudio casado (163) 71.18%, soltero (4) 1.75% viudo (21) 9.17% divorciado (23) 10.04% unión libre (18) 7.86% (ver tabla 12 y gráfica).

El porcentaje de ocupación en grupo de estudio: hogar (123) 53.71%, empleado (90) 39.30% desempleado (16) 6.98%, estudiante (0) 0% (ver tabla 13 y gráfica).

El porcentaje de ocupación en grupo de control fue: hogar (51) 42.5%, empleado (57) 47.5%, desempleado (8) 6.66%, estudiante (4) 3.33% (ver tabla 14 y gráfica).

El porcentaje de escolaridad en grupo de estudio fue como sigue: analfabeta (31) 13.53%, primaria (97) 42.35%, secundaria (52) 22.70%, preparatoria (15) 6.55%, Licenciatura (34) 14.84%, (ver tabla 15 y gráfica).

El porcentaje de escolaridad en grupo control fue así: analfabeta (5) 4.16%, primaria (35) 29.16%, secundaria (60) 50%, preparatoria (8) 6.66% y licenciatura (12) 10% (ver tabla 16 y gráfica).

TABLA 1. PORCENTAJE DE LOS GRUPOS DE EDAD EN PACIENTES EN GRUPO DE ESTUDIO.

EDAD	CANTIDAD	PORCENTAJE
20-24	1	0.43%
25-29	0	0.00%
30-34	1	0.43%
35-39	3	1.31%
40-44	12	5.24%
45-49	17	7.42%
50-54	35	15.28%
55-59	30	13.10%
60-64	76	33.18%
65-69	54	23.58%
TOTAL	229	100%

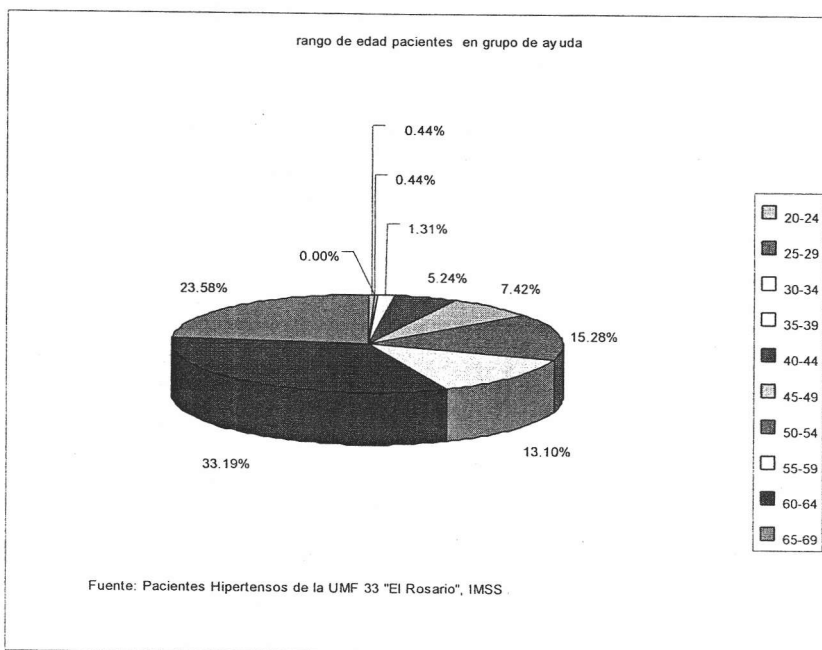


TABLA 2. PORCENTAJE DE LOS GRUPOS DE EDAD EN PACIENTES EN GRUPO CONTROL.

EDAD	CANTIDAD	PORCENTAJE
20-24	3	2.5%
25-29	7	5.83%
30-34	11	9.16%
35-39	7	5.83%
40-44	19	15.83%
45-49	12	10%
50-54	16	13.33%
55-59	7	5.83%
60-64	18	15%
65-69	20	16.66%
TOTAL	120	100%

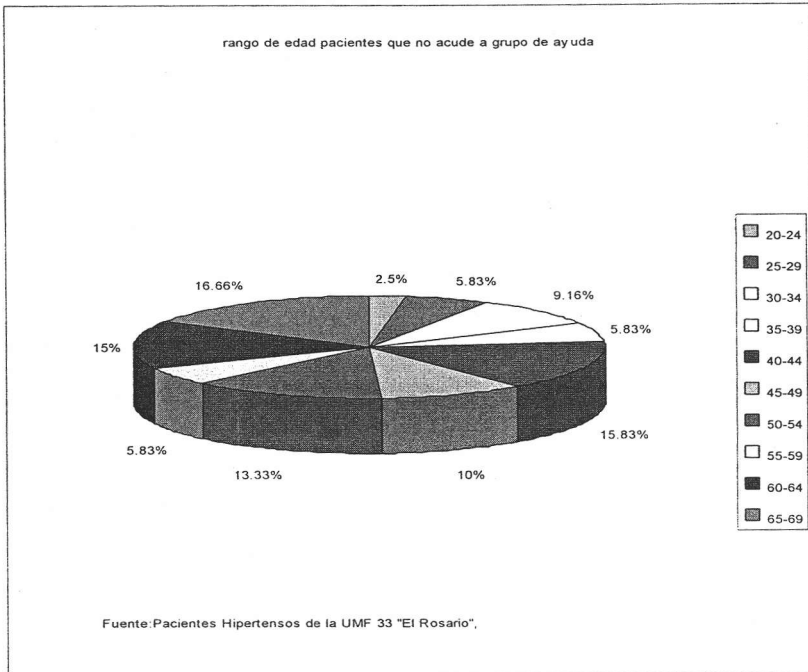


TABLA No.3 DE PACIENTES POR SEXO EN GRUPO EN ESTUDIO

SEXO	CANTIDAD	PORCENTAJE
FEMENINO	182	79.48%
MASCULINO	47	20.52%
TOTAL	229	100%

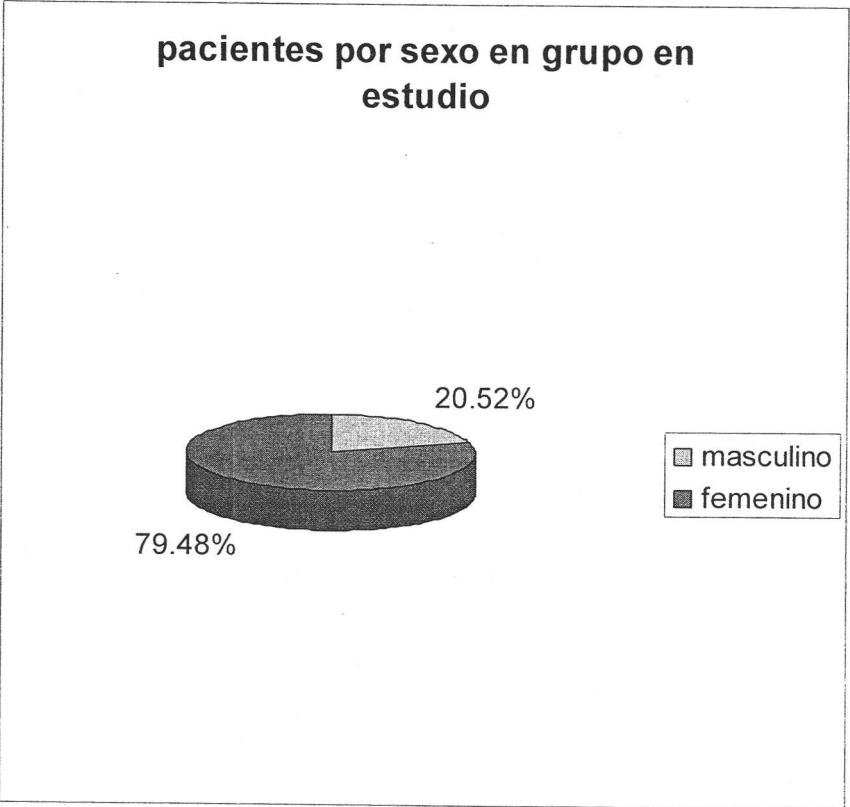


TABLA No. 4 DE PACIENTES POR TURNO EN GRUPO DE ESTUDIO

TURNO	CANTIDAD	PORCENTAJE
MATUTINO	206	89.96%
VESPERTINO	23	10.04%
TOTAL	229	100%

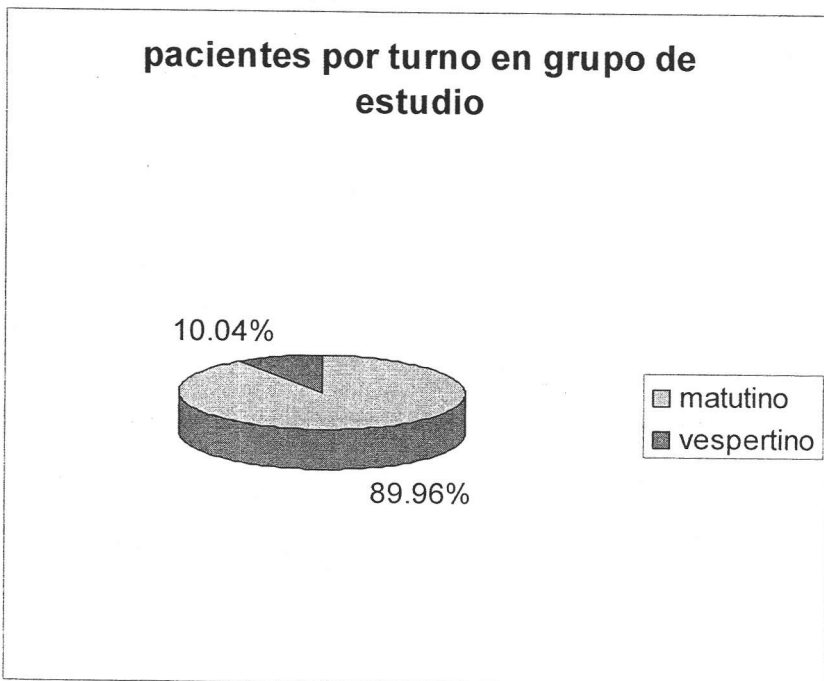


TABLA No.5 DE PACIENTES POR SEXO EN GRUPO CONTROL

SEXO	CANTIDAD	PORCENTAJE
FEMENINO	86	71.67%
MASCULINO	34	28.33%
TOTAL	120	100%

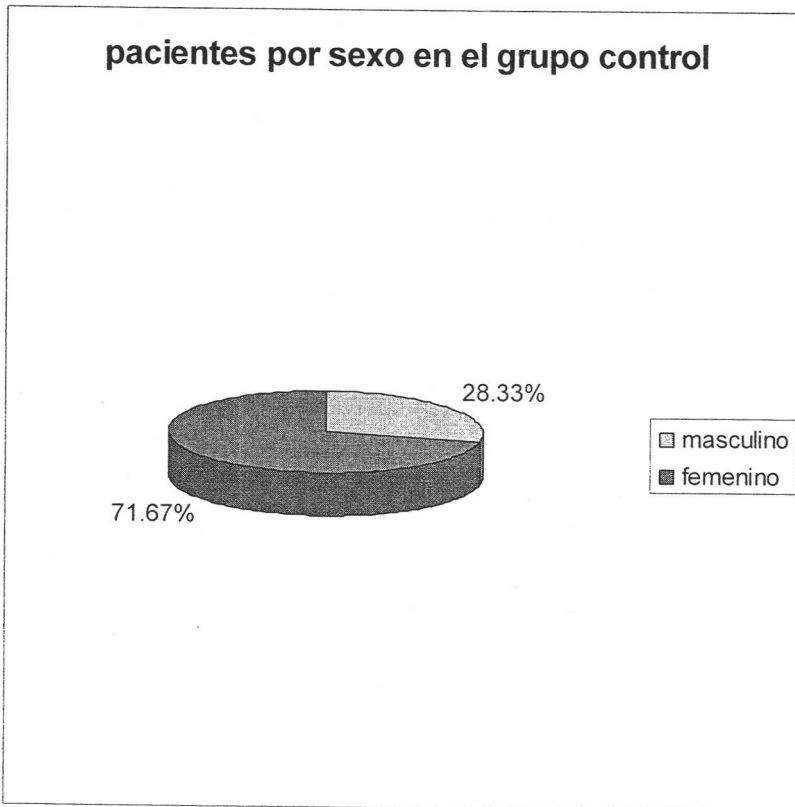


TABLA No 6 DE PACIENTES POR TURNO EN GRUPO CONTROL

TURNO	CANTIDAD	PORCENTAJE
MATUTINO	72	60%
VESPERTINO	48	40%

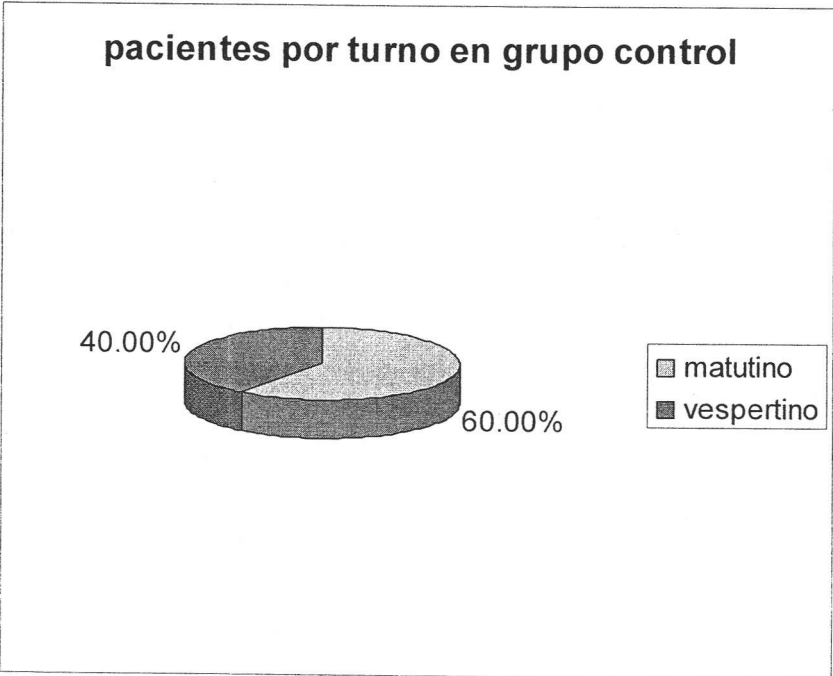


TABLA 7. CONTROL DE CIFRAS TENSIONALES EN GRUPO DE ESTUDIO AL INICIO.

CALIDAD	CANTIDAD	PORCENTAJE
BUENA	2	0.87%
REGULAR	31	13.53%
MALA	196	85.58%
TOTAL	229	100%

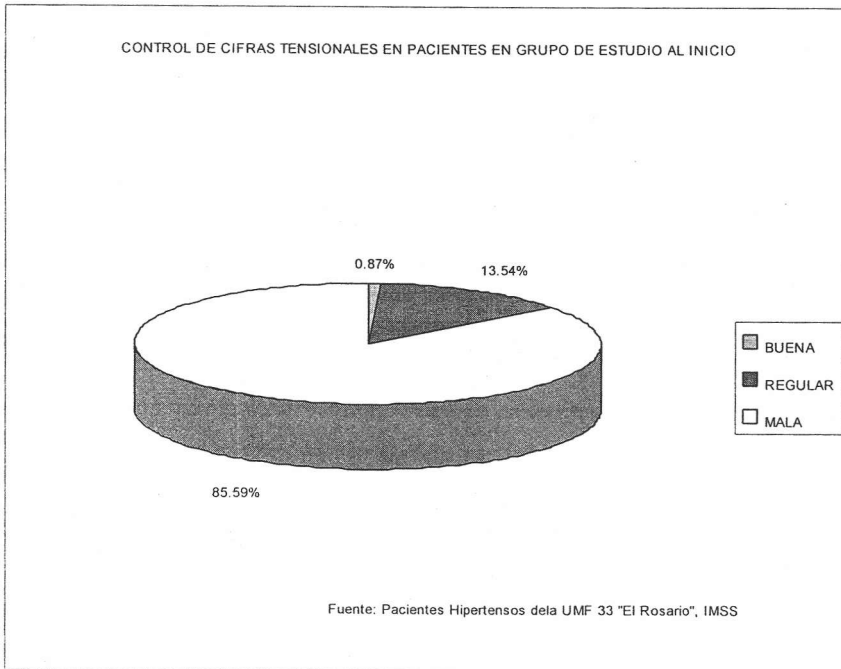


TABLA 8. CONTROL DE CIFRAS TENSIONALES EN GRUPO CONTROL AL INICIO

CALIDAD	CANTIDAD	PORCENTAJE
BUENA	12	10%
REGULAR	26	21.66%
MALA	82	68.33%
TOTAL	120	100%

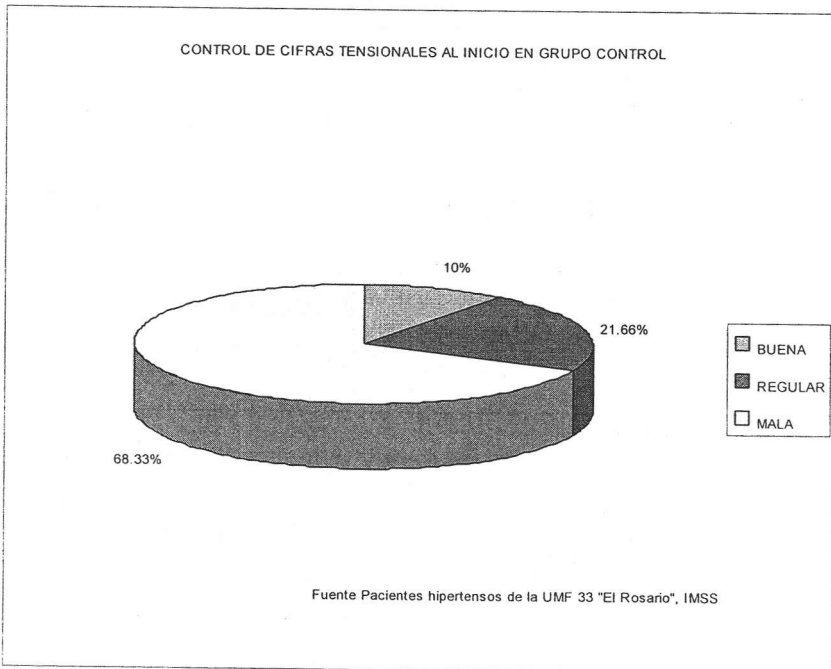


TABLA 9. CONTROL DE CIFRAS TENSIONALES EN GRUPO DE ESTUDIO AL FINAL

CALIDAD	CANTIDAD	PORCENTAJE
BUENA	71	31%
REGULAR	133	58.07%
MALA	25	10.91%
TOTAL	229	100%

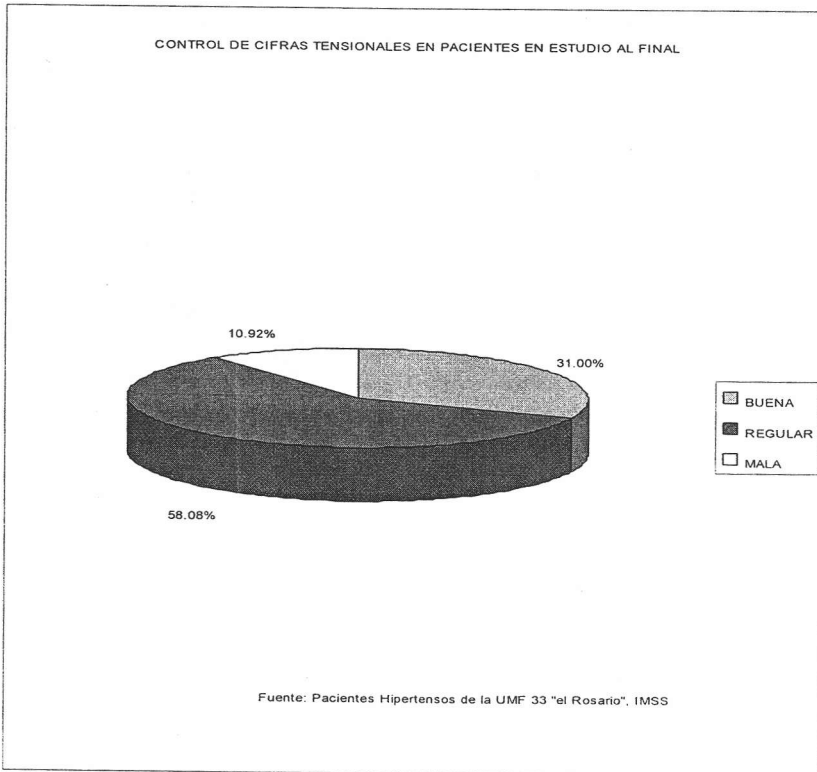
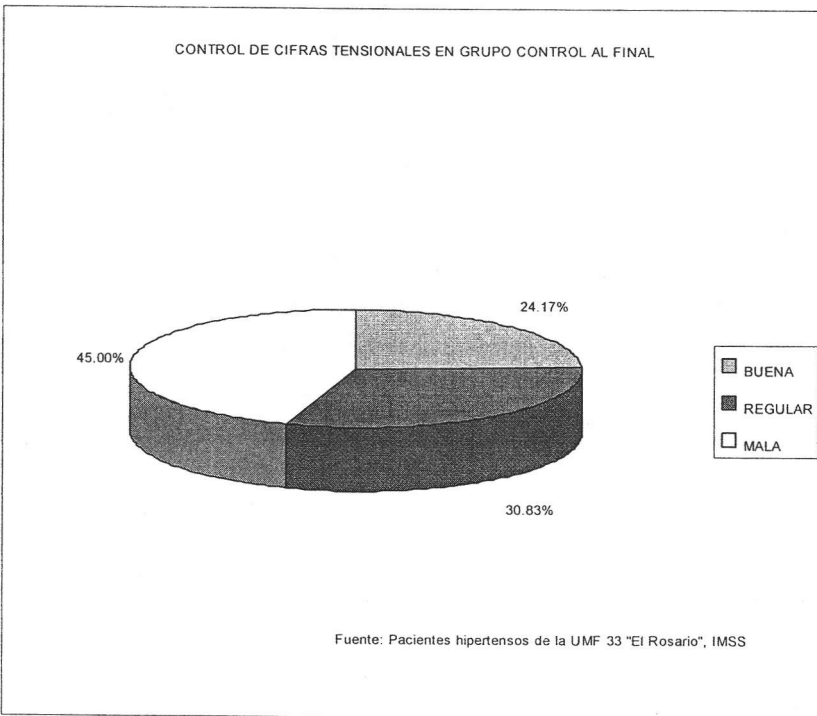


TABLA 10. CONTROL DE CIFRAS TENSIONALES EN GRUPO CONTROL AL FINAL

CALIDAD	CANTIDAD	PORCENTAJE
BUENA	29	24.17%
REGULAR	37	30.83%
MALA	54	45%
TOTAL	120	100%



T

TABLA 11. PORCENTAJE DE ESTADO CIVIL EN GRUPO CONTROL

ESTADO CIVIL	CANTIDAD	PORCENTAJE
CASADO	84	70%
SOLTERO	7	5.83%
VIUDO	12	10%
DIVORCIADO	4	3.33%
UNION LIBRE	13	10.83%
TOTAL	120	100%

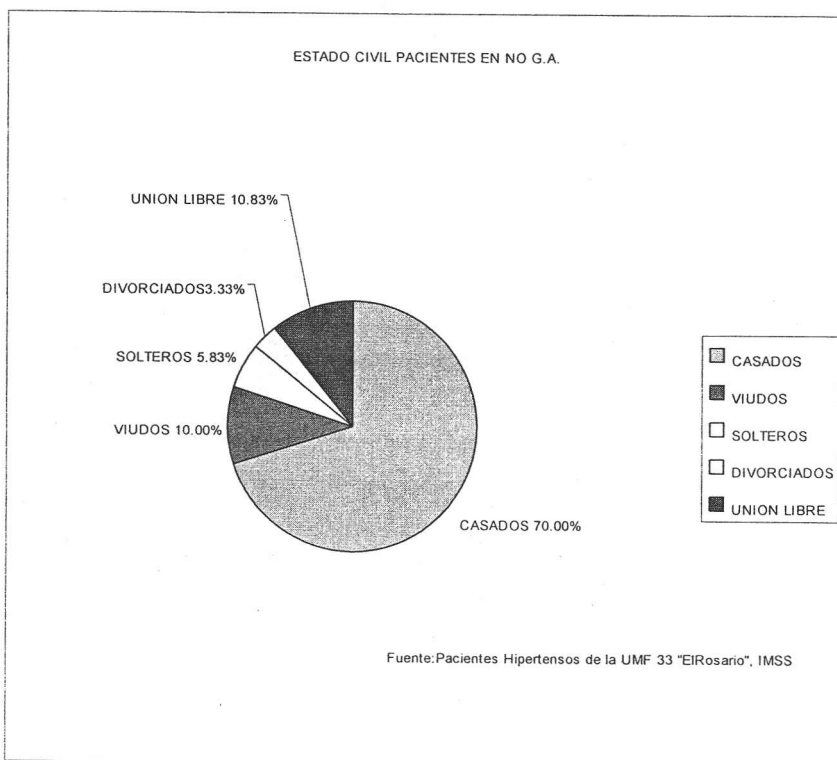


TABLA 12. PORCENTAJE DE ESTADO CIVIL EN GRUPO EN ESTUDIO

ESTADO CIVIL	CANTIDAD	PORCENTAJE
CASADO	163	71.18%
SOLTERO	4	1.75%
VIUDO	21	9.17%
DIVORCIADO	23	10.04%
UNION LIBRE	18	7.86%
TOTAL	229	100%

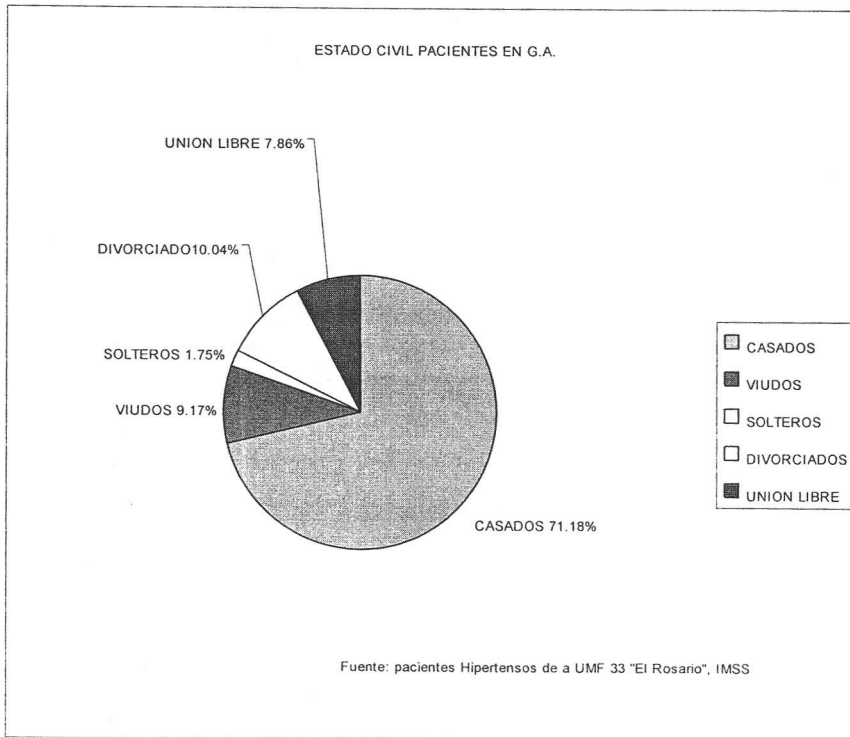


TABLA 13. PORCENTAJE DE OCUPACION EN GRUPO EN ESTUDIO

OCUPACION	CANTIDAD	PORCENTAJE
HOGAR	123	53.71%
EMPLEADO	90	39.30%
DESEMPLEADO	16	6.98%
ESTUDIANTE	0	0%
TOTAL	229	100%

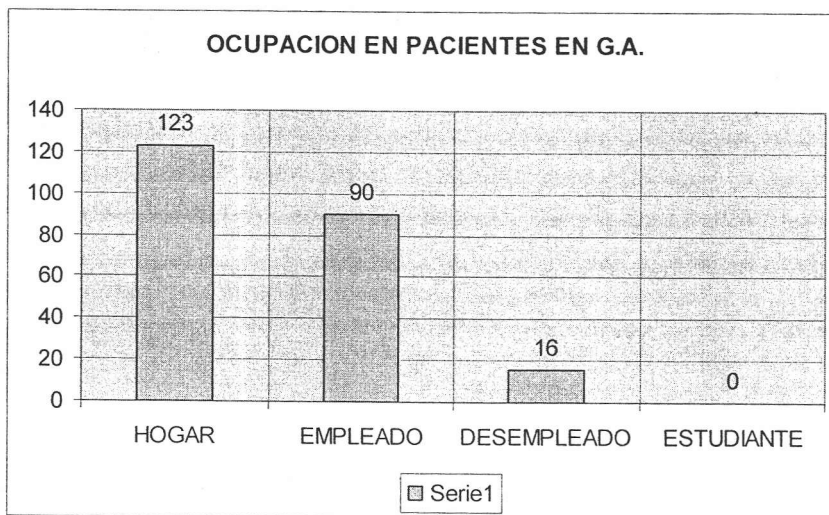


TABLA 14. PORCENTAJE DE OCUPACION EN GRUPO CONTROL

OCUPACION	CANTIDAD	PORCENTAJE
HOGAR	51	42.5%
EMPLEADO	57	47.5%
DESEMPLEADO	8	6.66%
ESTUDIANTE	4	3.33%
TOTAL	120	100%

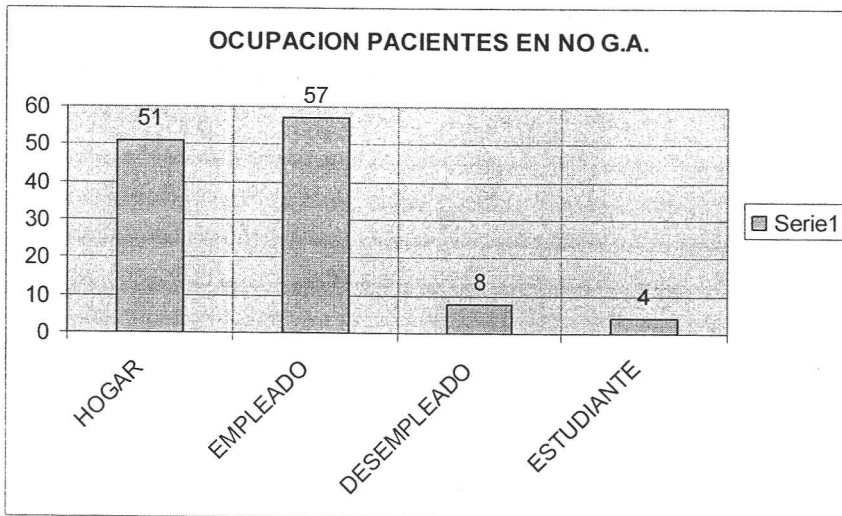


TABLA 15. PORCENTAJE DE ESCOLARIDAD EN GRUPO DE ESTUDIO

ESCOLARIDAD	CANTIDAD	PORCENTAJE
ANALFABETA	31	13.53%
PRIMARIA	97	42.35%
SECUNDARIA	52	22.70%
PREPARATORIA	15	6.55%
LICENCIATURA	34	14.84%
TOTAL	229	100%

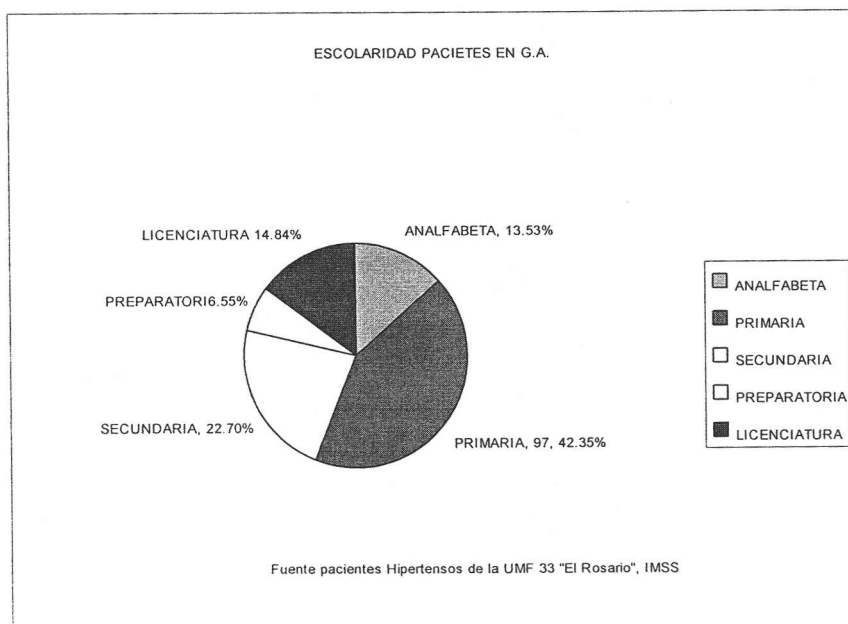
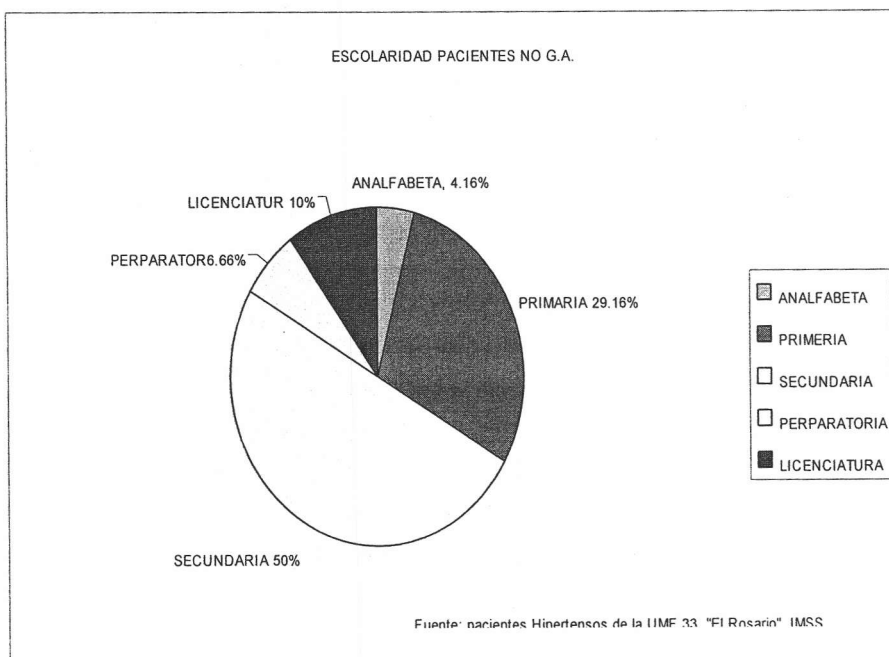


TABLA 16. PORCENTAJE DE ESCOLARIDAD EN GRUPO CONTROL

ESCOLARIDAD	CANTIDAD	PORCENTAJE
ANALFABETA	5	4.16%
PRIMARIA	35	29.16%
SECUNDARIA	60	50%
PREPARATORIA	8	6.66%
LICENCIATURA	12	10%
TOTAL	120	100%



ANALISIS DE RESULTADOS

Se realizaron 349 tomas de cifras tensionales (229 en el grupo de estudio y 120 del grupo control) a pacientes hipertensos derechohabientes de la UMF No 33 IMSS, encontrándose un rango de edad de 20 a 69 años en ambos grupos con una moda de 65-69 años en el grupo control y una moda de 60-64 años en el grupo en estudio.

(Tabla 1 y 2 y graficas 1 y 2)

Del grupo en estudio 182 (79 %) son del sexo femenino y 47 (21 %) del sexo masculino; 206 (90 %) son del turno matutino y 23 (10 %) son del turno vespertino

(tabla 3 y 4 y graficas 3 y 4)

Del grupo control 86 (72 %) son del sexo femenino y 34 (28 %) son del sexo masculino y de ese mismo grupo 72 (60 %) son pertenecientes al grupo matutino y 48 (40 %) son del turno vespertino.

(tabla 5 y 6 y graficas 5 y 6)

De la población evaluada 196 (85 %) tenían unas cifras tensionales elevadas al inicio del estudio (en el grupo en estudio) y 82 (68 %) de los pacientes que se encontraban en el grupo control también tenían cifras tensionales elevadas al inicio del estudio, las cuales al finalizar el estudio con los parámetros de medición de cifras tensionales y con los objetivos de los grupos de ayuda obtuvieron respuesta favorables ya que mejoraron sus cifras tensionales con 133 (58 %) consideradas como cifras tensionales regulares en el grupo en estudio; no sucedió así en el grupo control ya que hubo mejoría en las cifras tensionales pero siguen estando consideradas como elevadas en 54 (45 %) de los pacientes.

La mayoría de los pacientes de ambos grupos se encuentran con un estado civil de casados 84 (70 %) en el grupo en estudio y 163 (71 %) en el grupo control; dedicadas al hogar 123 (54 %) en el grupo en estudio, no así en el grupo control ya que ahí predomina la ocupación empleado con 57

(47 %); con escolaridad de primaria 97 (41 %) en el grupo en estudio y de secundaria 60 (50 %) en el grupo control.

Por lo anteriormente mencionado, podemos observar que si hay mejoría en las cifras tensionales en ambos grupos aunque predominan las cifras tensionales elevadas en el grupo control; en comparación con el grupo en estudio donde al inicio haber tenido cifras tensionales elevadas al final del estudio sus cifras tensionales eran regulares.

CONCLUSIONES.

El asistir a los grupos de ayuda realmente es vital para mejorar las cifras tensionales en los pacientes hipertensos ya que su asistencia hizo óptima su mejora con una disminución de las cifras tensionales que al inicio de ser considerada como mala en el 85 % al final del estudio se registro una cifra tensional regular en la mayoría de los pacientes que acudieron a los grupos de ayuda en comparación con el grupo control en los cuales las cifras tensionales malas continuaron a pesar de haber disminución en cuestión de mmHg no se alcanzó una buena disminución para ser consideradas en otras etapas.

Considero muy importante el acudir a los grupos de ayuda ya que su asistencia a los mismos refleja una mejoría en las cifras tensionales en los pacientes hipertensos; sin que factores como la ocupación, escolaridad, estado civil, sean vitales para que ocurran esos cambios.

También se pudo observar que en esta clínica predominan las mujeres que presentan esta patología, y cabría mencionar un poco más sobre la importancia que tiene el acudir a los grupos de ayuda, pues la mayoría son del grupo matutino, tal vez si se realizaran pláticas en el turno vespertino se alentara más a la población del turno vespertino a acudir a estos grupos para poder darles el apoyo necesario.

Esta investigación sirve para plantear acciones específicas de educación, detección para hipertensión y es necesario recomendar su difusión y acciones específicas de capacitación, educación sobre esta patología, en todo paciente derechohabiente, de un primer nivel de atención, donde la prevención es trabajo prioritario, y que se tiene contacto con la demás población que acude a instituciones de salud.

A pesar de que se han establecido grupos de ayuda para los pacientes hipertensos, para poder llevar un mejor control de su patología de manera integral, se ha visto como silenciosamente se incrementa en la población adulta joven, por lo que los grupos de ayuda son importantes para informar sobre los factores de riesgo y complicaciones de la misma patología, así como de tratamiento médico-dietético y de ejercicio para disminuir las posibilidades de complicaciones y observancia del buen control de sus

cifras tensionales durante su vida activa y en el caso de los pacientes de la tercera edad durante el resto de su vida.

El diagnóstico a la mas temprana edad, la información de riesgos y complicaciones, así como la prevención sin control farmacológico, es decir a base de una correcta dieta alimenticia y el ejercicio, serán siempre la mejor opción.

ANEXOS

PROCEDIMIENTOS PARA LA MEDICION DE LA PRESION ARTERIAL.

- 1.-En condiciones ideales la persona debe abstenerse de fumar, tomar café o hacer ejercicio, al menos 30 minutos antes de la medicion, así mismo deben considerarse las variaciones debidas al dolor y/o ansiedad.
- 2.-Debe estar sentado de manera confortable y con un buen soporte para la espalda, su brazo descubierto, semiflexionado y apoyado en una mesa que permita al brazo mantenerse a la altura del corazón.
- 3.-Es recomendable además, que en toda evaluación inicial se tome también la presión en posición supina, y de pie,
- 4.-Tomar al menos dos mediciones separadas 1-2 min, en ambos brazos y hacer una adicional si hubo una diferencia sustancial entre las dos primeras. Si se encuentran valores elevados se recomienda medir también en ambas extremidades inferiores.
- 5.-Utilizar un brazalete estandar (12-13 cm de ancho y 35 cm de largo) en el caso de obesos (más de 35 cm de circunferencia de brazo), utilizar brazalete de 20 cm de ancho. La cámara de aire debe cubrir al menos 80% de la circunferencia del brazo.
- 6.-Usar la fase I y V de los ruidos de Korotkoff para identificar las presiones sistolica y diastolita respectivamente
- 7.-Medir la presión arterial en ambos brazos durante la primera visita, en caso de diferencia, tomar el valor más alto como referencia.
- 8.-Medir la presión 1 y 5 min después de asumir la posición de pie en sujetos ancianos, diabeticos y en otras condiciones en las cuales la hipotension ortostatica se sospeche.
- 9.-Determinar la frecuencia cardiaca, 30 seg después de la segunda medicion en la posición de sentado.

**ESTA TESIS NO SALE
DE LA BIBLIOTECA**

BIBLIOGRAFIA.

1. Calvo VG, Parras JG, Grover F, Fonseca S. La atención del paciente hipertenso arterial, un enfoque para el consultorio Biblioteca Médica Mexicana 1999;1:99.
2. Calvo VG, Nuevos retos del control de la hipertensión arterial en México. Rev Med IMSS 1998;36(3):199-205.
3. Primer Consenso Nacional de Hipertensión arterial. Rev Mex Cardiología 1995;6 (supl) s9-35.
4. Navarro RJ, Rodríguez S. Tratamiento antihipertensivo y calidad de vida. Estudio clínico en pacientes mexicanos. Rev Mex Cardiología 1995;6 (4): 117-29.
5. González G, Stern MP, Arredondo B, Valdez R, Mitchell B, Prevalence of hipertensión in México City and San Antonio Texas Circulación. 1994;90: 1542-49.
6. Haffner S, González VC, Valdez R. Prevalence and detection of hipertensión in México.ed Res 1994;25:347.
7. Barron R, Torreblanca RF. Efecto de una intervención educativa en la calidad de vida del paciente hipertenso. Salud Publica de México 1998;40:503-9.
8. Hernández C. Hipertensión Arterial Comportamiento de su prevalencia y de algunos factores de riesgo. Rev Cubana Medicina General Integral 1997;12(3):1-6.
9. Lara MO, Rosas Peralta M, Lara Esqueda A. Et Al. Hipertensión arterial en México: Resultados de la Encuesta Nacional de Salud (ENSA) 2000. Archivos de Cardiología de México 2002;72 (1)71-84.
10. Elizondo S, Sánchez M, Román E. Hipertensión arterial sistémica. Diagnóstico y tratamiento. Med Int Mex 2004;20:130-9.
11. Rosas M, Pastelón G, Martínez J, Herrera J. Hipertensión arterial en México. Guías y recomendaciones para su detección, control y tratamiento. Archivos de Cardiología de México 2004;2: 134-57.