

**FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
IZTACALA**

**ESPECIALIZACION EN
ENDOPERIODONTOLOGIA**

***PREVALENCIA DE LA HIPERTENSIÓN
ARTERIAL EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA
CLÍNICA DE ENDOPERIODONTOLOGÍA.***

ALUMNAS:

C.D. Gutiérrez Silvestre Esther Martha

C.D. Mejía Macías Ivone Edith

Asesor: Dr. Eduardo Llamosas Hernández



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.

Carta de Agradecimientos:

En esta carta no quiero agradecer a nombres; sólo quiero compartir mi corazón, pero no quiero repartir menos de lo que merecen, a cada una de las personas a quien quiero y a las que Amo.

Quiero decir que a lo largo de mi carrera por la vida hubo muchas personas que en momentos me educaron, muchas otras me aconsejaron, me traían y me llevaban, otras me exigían... seguir adelante en el camino, pero de este no veía el fin.

También hubo colegas que me acompañaron a todos lados... con su conocimiento, y asistí a clase con ellos, competí y gane todo lo que soy...

También encontré dos grandes amigos que me inspiran y me incitan a seguir, me guiaron cuando me sentí presionada y me educaron, pero hay alguien a quien le estoy más agradecida que a todos, se que en el puedo confiar, porque el me confió la vida y cuando pienso en el estoy en paz sin duda el seguirá guiándome, sino dijo su nombre tal vez nunca termine...

Gracias ... Gracias ... a Dios.

Esther e Ivone

1. Portada
2. Indice
3. Resumen
- Planteamiento del problema - objetivo
- Preguntas de la investigacion
- Justificacion
- Introduccion
4. Hipotesis
- Tipo de estudio
5. Metodologia y procedimiento
6. Analisis de los datos
- Resultados
- Caracteristicas generales del grupo
- Prevalencia de la hipertension
- Tratamiento
- Antecedentes hederitarios
- Hipertension y diabetes
- Hipertension e ingesta alcohol
- Hipertension y tabaquismo
- Hipertension e indice de masa corporal
7. Discusion
8. Bibliografia

PREVALENCIA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL EN PACIENTES QUE ACUDEN A LA CLÍNICA DE ENDOPERIODONTOLOGÍA.

RESUMEN.

Existen diversos padecimientos o alteraciones sistémicas en los pacientes que pueden tener relación con el tratamiento dental específico, por lo que debe de tenerse una idea clara de la salud general del individuo.

Dado que la hipertensión arterial es un padecimiento silencioso, que se presenta con mayor prevalencia en pacientes adultos mayores y que puede complicar la realización de tratamientos endoperiodontales complejos, es necesario que se tenga el conocimiento preciso de cómo se presenta esta alteración y cuáles son los factores comúnmente asociados a ella, para evitar complicaciones durante los procedimientos rutinarios, y en especial, los quirúrgicos.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

OBJETIVO

El presente estudio tiene el siguiente objetivo fundamental:

Establecer la prevalencia de hipertensión arterial en los pacientes que acuden a la Clínica de la Especialización en Endoperiodontología de la FES Iztacala relacionándola con el sexo, edad, tabaquismo, obesidad, alcoholismo y diabetes.

PREGUNTAS DE LA INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la prevalencia de la hipertensión arterial entre los pacientes que acuden a tratamiento odontológico en la Clínica de Endoperiodontología?

¿Qué factores sistémicos y hábitos nocivos como antecedentes familiares, obesidad, tabaquismo, alcoholismo, diabetes, tienen relación con la presencia de hipertensión?

JUSTIFICACIÓN.

El tratamiento de las lesiones endoperiodontales está relacionado con una serie de procedimientos mas o menos complejos que repercuten en los individuos, no sólo en su boca sino que puede tener implicaciones en su economía general.

Dado que la hipertensión arterial es un padecimiento silencioso, que se presenta con mayor prevalencia en pacientes adultos mayores y que puede complicar la realización de tratamientos endoperiodontales complejos, es necesario que se tenga una idea clara de cómo se presenta esta alteración y cuáles son los factores comúnmente asociados a ella, para evitar complicaciones durante los procedimientos rutinarios, y en especial, los quirúrgicos.

La hipertensión arterial es un padecimiento multifactorial con incidencia y prevalencia crecientes, de repercusión en órganos vitales y es causa frecuente de enfermedad vascular cerebral, insuficiencia cardiaca e insuficiencia renal crónica, por lo que está considerada como un problema de salud pública.

Esta alteración se ha ubicado como la primera causa de muerte a nivel mundial, por lo que el Sector Salud recomienda la instauración de programas que detecten esta alteración con tiempo suficiente para evitar complicaciones irreversibles.

INTRODUCCIÓN.

En la actualidad los problemas cardiovasculares, son la causa principal de morbilidad y mortalidad en países industrializados, que a finales de los 70' ocasionaron, en los Estados Unidos de América, el doble de muertes de las que el cáncer ocasionó. La muerte por enfermedades cardíacas, suele ser la consecuencia directa de trastornos en el ritmo cardíaco o bien del debilitamiento progresivo del músculo cardíaco¹.

Tensión Alta o Hipertensión (HTA) es un término que se refiere al hecho de que la sangre viaja por las arterias a una presión mayor que la deseable para la salud.

En algunos casos, los síntomas que frecuentemente se pueden encontrar son mareos, hemorragia nasal, o dolores de cabeza, pero no necesariamente se presentan síntomas. La mayoría de los afectados no tienen síntomas. Eso no quiere decir que no sea peligrosa. Gran parte de las muertes que se producen cada año lo son como consecuencia directa de la hipertensión o de sus complicaciones sobre el sistema cardiovascular o renal.

Las primeras consecuencias de la hipertensión la sufren las arterias que se endurecen a medida que soportan la presión alta de forma continua, se hacen más gruesas y tortuosas, y en ocasiones pueden presentar ateromas en la pared de las mismas pudiendo dificultar el paso de sangre, esto se conoce con el nombre de arteriosclerosis.

La TA viene determinada por dos factores principales entre muchos otros: La cantidad de sangre que circula, y el calibre de las arterias por las que circula. En general, cuanto más volumen de sangre circulante y cuanto menor es el diámetro por el que circula ese volumen, mayor es la TA.

Los riñones controlan el volumen de agua circulante y la cantidad de sodio que contiene el cuerpo. Estos dos hechos tienen efectos directos en la TA. Cuanto más sodio se encuentra en el organismo, más agua se retiene en la circulación, y más puede aumentar la TA, lo cual a su vez puede aumentar la tendencia de las arterias a hacerse más estrechas. Sin embargo, una persona con un riñón sano y sin HTA puede tolerar un margen muy amplio de ingesta de sal sin efectos sobre la TA.

Por otra parte, si los vasos se hacen más pequeños, el corazón tiene que trabajar más para bombear la misma cantidad de sangre, y aumenta la presión a la que la sangre es bombeada.

Otros factores que influyen sobre la TA son el sistema nervioso, los propios vasos sanguíneos (arteriolas) y una serie de hormonas².

El gasto cardiaco y la resistencia vascular son las dos variables más importantes de la HTA, con muchos factores que la regulan y controlan, el primero está condicionado por la frecuencia y la fuerza de contracción del ventrículo izquierdo, así como el volumen sanguíneo expulsado. La segunda es la fuerza que oponen los vasos sanguíneos a la circulación y la presión con que la sangre es impulsada desde el ventrículo izquierdo. En su contractilidad y dilatación influyen elementos constrictores como la angiotensina II, las catecolaminas, tromboxanos, leucotrienos y endotelina. Como vasodilatadores intervienen prostaglandinas, cininas, óxido nítrico, cambios en el pH sanguíneo e hipoxia. Además la vasculatura cuenta con un mecanismo de regulación que protege a los tejidos de un aumento brusco del flujo sanguíneo, provoca vasoconstricción refleja con sobre carga cardiaca, disminución del gasto cardiaco y una baja correctiva en la perfusión, que al persistir se traduce en un aumento crónico de la resistencia periférica provocando hipertensión³. El sistema renal vascular influye directamente sobre la regulación de la presión arterial a través de diversos mecanismos como la activación del sistema renina-angiotensina. Otra teoría supone que hay liberación de vasoconstrictores, factores neurogénicos o de conducción iónica y sensibilidad genéticamente predispuesta del músculo, que permite el transporte de sodio y calcio, repercutiendo en la contracción sostenida de la musculatura vascular lisa y generando hipertensión.

La HTA es el aumento de la TA a 140/90 Mm. Hg. o más en por lo menos tres veces en el paciente en reposo.

Esto puede ocurrir sin una causa previa conocida (HTA esencial) o como resultado de alguna otra enfermedad (HTA secundaria)⁴. Las causas más frecuentes de HTA secundaria son: Enfermedades endocrinas (de las glándulas): Síndrome de Cushing, Tumores de las glándulas suprarrenales. Enfermedades del riñón: Estenosis (estrechez) de la Arteria Renal, glomérulo-nefritis, o fallo renal. El embarazo y el uso de anticonceptivos orales también pueden producir HTA en algunas mujeres⁵.

En la hipertensión esencial no se han descrito todavía sus causas específicas, aunque se ha relacionado con una serie de factores que suelen estar presentes en la mayoría de estos sujetos. Conviene separar, aquellos relacionados con la herencia, sexo, edad y raza y por tanto poco modificables, de aquellos otros que se podrían cambiar al variar los hábitos, ambiente, y costumbre de las personas, como: la obesidad, la sensibilidad al sodio, el consumo excesivo de alcohol, el uso de anticonceptivos orales y un estilo de vida muy sedentario⁶.

En cuanto a herencia respecta de padres a hijos se trasmite una tendencia o predisposición a desarrollar cifras elevadas de tensión arterial. Se desconoce su mecanismo exacto, pero la experiencia acumulada demuestra que cuando una persona tiene un progenitor o ambos hipertensos, las posibilidades de desarrollar hipertensión son el doble que las de otras personas con ambos padres sin problemas de hipertensión⁷.

Refiriéndonos al sexo, los hombres tienen más predisposición a desarrollar hipertensión arterial que las mujeres hasta que éstas llegan a la edad de la menopausia, a partir de la cual la frecuencia en ambos sexos se iguala. Esto es así porque la naturaleza ha dotado a la mujer mientras se encuentra en edad fértil con unas hormonas protectoras que son los estrógenos y por ello tiene menos riesgo de padecer enfermedades cardio-vasculares. Sin embargo, en las mujeres más jóvenes se han comprobado un especial riesgo cuando toman píldoras anticonceptivas.

La edad es otro factor, por desgracia no modificable, que va a influir sobre las cifras de presión arterial, de manera que tanto la presión arterial sistólica o máxima como la diastólica o mínima aumentan con la edad y lógicamente se encuentra un mayor número de hipertensos en los grupos de más edad. En cuanto a la raza, únicamente señalar que los individuos de raza negra tienen el doble de posibilidades de desarrollar hipertensión que los de raza blanca además de tener un peor pronóstico.

De igual manera hay que partir del hecho de que un individuo con sobrepeso esta más expuesto a tener más alta la presión arterial que un individuo con peso normal. A medida que se aumenta de peso se eleva la tensión arterial y esto es mucho más evidente en los menores de 40 años y en las mujeres. La frecuencia de hipertensión arterial entre los obesos, a cualquier edad que se considere, es entre dos y tres veces superior a la de los individuos de la misma edad que estén en su peso ideal⁸.

No se sabe con claridad si es la obesidad por si misma la causa de la hipertensión o si hay un factor asociado que aumente la presión en personas con sobrepeso, aunque las últimas investigaciones apuntan a que a la obesidad se asocian otra serie de alteraciones que serían en parte responsables del aumento de presión arterial. También es cierto, que la reducción de peso hace que desaparezcan estas alteraciones⁹.

La obesidad constituye una de las enfermedades con mayor prevalencia a nivel mundial. Es bien conocido que la obesidad se asocia a factores de riesgo vascular como la hipertensión arterial, intolerancia a los hidratos de carbono, diabetes mellitus tipo II, etc. Se considera sobrepeso cuando el índice de masa

corporal (IMC) es superior a 25 Kg/m². Representa un problema de salud pública por las morbilidades asociadas, ocasionando disminución de la esperanza de vida e incremento de años de vida saludable perdidos.

Diversos estudios han documentado con toda claridad la asociación entre obesidad e hipertensión arterial. En el estudio de Framingham y en otros estudios se encontró que el riesgo de padecer hipertensión arterial en individuos de 25 años se relaciona con un aumento del peso corporal, en un estudio de la INTERSALT se reportó que por cada 10 Kg. de sobrepeso, la presión sistólica se incrementa 3 mm Hg. y la presión diastólica 2.3 Mm. Hg. Lo anterior representó que existe un riesgo de aproximadamente 2.6 veces más de ser hipertenso si se es obeso.

En mayo de 2003 la JNC 7 (The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood publicó la nueva clasificación de la presión arterial, que es la siguiente:

Normal sistólica menor a 120 mmHg y diastólica menor a 80mmHg.

Prehipertensión sistólica de 120 a 139mmHg ó de 80 a 89mmHg diastólica.

Estadio 1 de hipertensión sistólica de 140 a 159mmHg ó de 90 a 99mmHg diastólica.

Estadio 2 de hipertensión sistólica mayor a 160mmHg ó mayor a 100mmHg diastólica.

Los mecanismos patogénicos por los que existe una mayor prevalencia de hipertensión arterial en sujetos con sobrepeso u obesidad no son bien conocidos.

La única manera de detectar la hipertensión en sus inicios es con revisiones periódicas. Mucha gente tiene la presión arterial elevada durante años sin saberlo.

El diagnóstico se puede realizar a partir de tres vías: los antecedentes tanto familiares como personales, una exploración física y otras complementarias.

El principal riesgo es el infarto de miocardio, un hipertenso no tratado tiene, como media, 10 veces más riesgo de morir de infarto que un individuo con tensión normal.

Asimismo, puede producir trombos o rupturas arteriales, pudiendo dar lugar a hemorragias, daño en las células nerviosas, pérdida de memoria, parálisis, etc. Los pequeños vasos del fondo del ojo (que se miran con el oftalmoscopio), también se ven amenazados por la hipertensión, su rotura produce hemorragia llegando incluso a la pérdida de la visión¹⁰.

La HTA es una enfermedad muy frecuente en los adultos, y es común enfrentar pacientes odontológicos que la padecen se calcula que el 20% de la población la padece cifra que incrementa a 65% en los ancianos¹¹.

Una TA típica normal es 120/80 mm Hg. Esto significa que el corazón ejerce una presión máxima de 120 mm Hg. durante la sístole o fase de bombeo, y que el corazón en reposo, en fase diastólica o de relleno, tiene una presión de 80 mm Hg. (La presión del corazón es la misma que la de todas las arterias del organismo).

La hiperinsulinemia arterial y resistencia a la insulina son uno de los mecanismos por los cuales se desarrolla hipertensión arterial porque se produce un aumento en la reabsorción renal de sodio y agua, existe una activación del sistema nervioso simpático, disminución de la actividad sodio-potasio y ATPasa, aumento de la actividad de la bomba sodio, disminución en la actividad del calcio y ATPasa y en la estimulación de los factores de crecimiento.

Todos estos factores asocian a la hipertensión como componente del síndrome metabólico y por lo tanto se deberá considerar el tratamiento integral de estos pacientes comenzando por un tratamiento no farmacológico estableciendo un plan de tratamiento alimentario hipocalórico e hiposódico, desarrollar una rutina de ejercicios frecuente, una baja ingesta de alcohol y una suspensión del tabaquismo de ser necesario y si no se llega a controlar el padecimiento hipertensivo, se utilizará el tratamiento farmacológico.

En la población mexicana se han reportado diversas investigaciones de prevalencia de esta enfermedad, que puede variar de acuerdo a la edad de los estudiados, las comunidades donde habitan, así como las metodologías para estudiar esta afección. Así, la encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas, en 1991, notificó una prevalencia de hipertensión arterial sistémica (HAS), de 24.6%, para aumentar después de dos años a un 26.6%. Se han reportado diferencias importantes en los porcentajes presentados, de acuerdo al lugar donde se realizan las evaluaciones; por ejemplo en un estudio en 627 comunidades rurales de Durango se estableció una prevalencia de 21.9% de hipertensos⁴, y en menores de 19 años en la ciudad de Colima se reportó una prevalencia de entre el 8% y 9%¹².

Sin embargo, en la población mexicana no se ha medido cabalmente la magnitud con que se presenta el problema de la hipertensión arterial¹³ lo que motiva a la realización de estudios con métodos estandarizados que permitan comparar las características, los factores de riesgo predisponentes y la prevalencia de la hipertensión arterial en las diferentes áreas de la población del país, pues se

sabe que esta alteración si se diagnostica con oportunidad y se trata de manera adecuada, se logra mejorar y alargar la vida del paciente, por lo que el sector salud recomienda establecer programas que realicen un diagnóstico completo de todos los pacientes, en especial los mayores de 35 años.

Los valores normales y elevados de tensión arterial se pueden apreciar en la siguiente tabla.

Valores Normales y elevados de Tensión Arterial.

	Sistólica	Sistólica	Diastólica	Diastólica	Sistólica	Sistólica	Diastólica	Diastólica
	HOMBRE	HOMBRE	HOMBRE	HOMBRE	MUJER	MUJER	MUJER	MUJER
Edad	Normal	Alta	Normal	Alta	Normal	Alta	Normal	Alta
16 a 18	105 a 135	145	60 a 86	90	100 a 130	140	60 a 85	90
19 a 24	105 a 140	150	62 a 88	95	100 a 130	140	60 a 85	90
25 a 29	108 a 140	150	65 a 90	96	102 a 130	140	60 a 86	92
30 a 39	110 a 145	160	68 a 92	100	105 a 140	150	65 a 90	98
40 a 49	110 a 155	170	70 a 96	104	105 a 155	165	65 a 96	105
50 a 59	115 a 165	175	70 a 98	106	110 a 170	180	70 a 100	108
60...	115 a 170	190	70 a 100	110	115 a 175	190	70 a 100	110

HIPÓTESIS

La prevalencia de pacientes hipertensos que acuden a la clínica de Endoperiodontología es cercana al 25%.

TIPO DE ESTUDIO

Este estudio se realizó mediante el diseño descriptivo prospectivo transversal de prevalencia¹⁴.

METODOLOGÍA Y PROCEDIMIENTO (MATERIAL Y METODO)

Prevalencia de la hipertensión en la clínica de Endoperiodontología. Este estudio se realizó mediante el diseño de encuesta de prevalencia, para lo cual se midió la presión arterial (PA) de todos los pacientes que acudieron por primera vez a tratamiento endoperiodontal en el periodo comprendido de septiembre de 2003, a febrero de 2004. Para determinar si el paciente era hipertenso se utilizó el método auscultatorio indirecto, utilizando esfigmomanómetros de mercurio.

El registro de la PA se midió en el brazo izquierdo, con los sujetos en reposo, sentados cómodamente y tan relajados como fue posible. Para colocar adecuadamente el estetoscopio se utilizó la percepción del latido branquial en el pliegue del codo. Se consideró como PA sistólica y diastólica al registro del primero y quinto ruido de Korotkoff. Se hicieron dos medidas en las mismas condiciones, con cinco minutos de intervalo, tomando como cifra definitiva el promedio de ambas lecturas. Se hizo una estandarización del procedimiento, con todos los sujetos a los que se les tomó la presión en la clínica de endoperiodontología de la FES Iztacala, mediante un adiestramiento que unificó criterios de la toma y los criterios de la entrevista para obtener los datos relativos al estudio. Se aplicó un cuestionario a los pacientes para relacionar su PA con las siguientes características: Edad, género, ocupación, antecedentes familiares de diabetes tipo 2 y/o de hipertensión arterial, considerado como la existencia de por lo menos un familiar en primer grado (padres o hermanos) que padezca una o ambas enfermedades (diagnosticadas por un médico y que hayan recibido tratamiento). Se consideró antecedente personal de diabetes cuando existió un diagnóstico previo de diabetes mellitus tipo 2, con el paciente bajo tratamiento médico. También se indagó acerca de la historia de tabaquismo (duración del hábito y número de cigarrillos consumidos por día) y de consumo de alcohol de acuerdo a la frecuencia, intensidad u duración del consumo. Se verificó el peso y la talla de los pacientes, para establecer el índice de masa corporal (IMC), según lo mencionado por Tapia¹⁵.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Los datos obtenidos se codificaron con la estadística descriptiva.

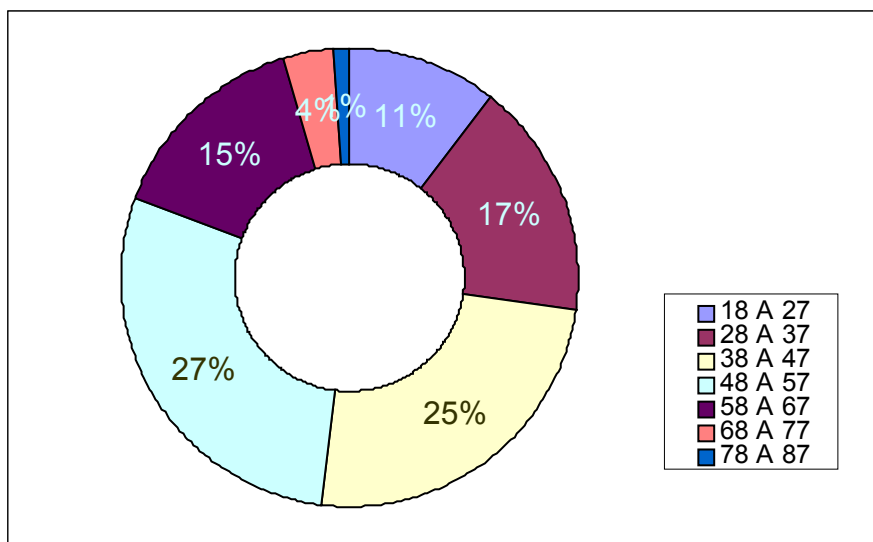
RESULTADOS.

CARACTERÍSTICAS GENERALES DEL GRUPO

El estudio incluyó una población de 169 pacientes que acudieron a la clínica de Endoperiodontología de la FES Iztacala. De los cuales 122 fueron del sexo femenino con un 72.1% y 47 individuos del sexo masculino con un 27.85.

Las edades de los pacientes que asistieron a la clínica fueron del 27% de entre 48 a 57 años, el 25% entre 38 y 47 años, el 17% de 28 a 37 años, como se puede apreciar en la siguiente gráfica.

Gráfica 1.- distribución de la muestra según la edad.



PREVALENCIA DE LA HIPERTENSIÓN.

De los 169 pacientes revisados, se detectaron 36 con hipertensión.

Lo que representa el 21.3%.

Un dato de relevante de esto es cuantos de ellos sabían que padecían esta afección. De esta manera, 22 conocían su afección, de los cuales 18 eran del sexo femenino y sólo 4 del sexo masculino. El resto de los hipertensos, 14 pacientes no conocían su condición, de los cuales se distribuyeron equitativamente entre hombres y mujeres. La gráfica de estos datos se puede apreciar enseguida.

Gráfica 2.- Relación de pacientes con hipertensión.



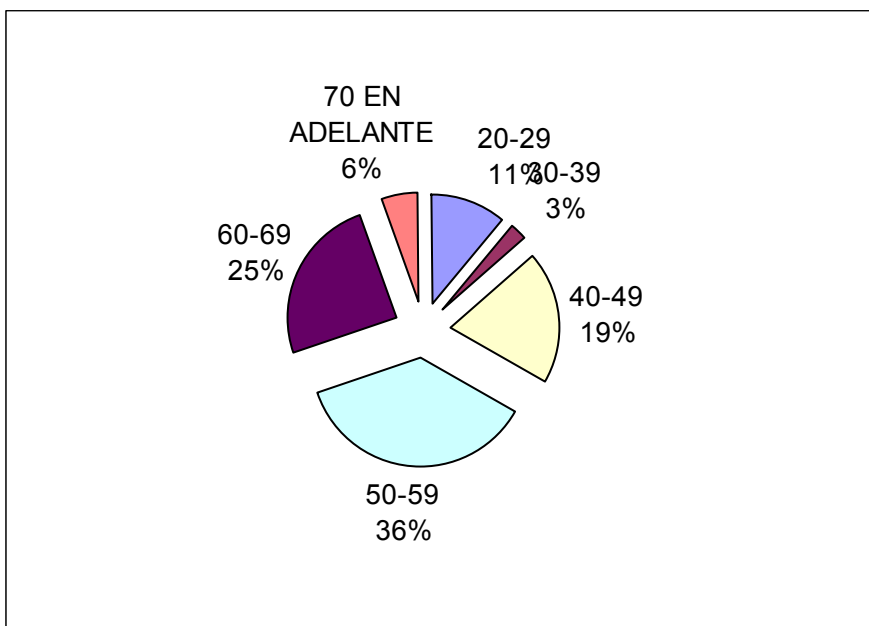
Edad de los pacientes

Con respecto a la edad de los pacientes la mayoría de los pacientes hipertensos se encuentra entre un rango de edad de 50 a 59 años (36.1%). La distribución por grupos se puede apreciar en la siguiente tabla y gráfico.

Tabla 2.- Distribución de los pacientes de acuerdo a la edad.

EDADES	PACIENTES CON HIPERTENSIÓN	
20-29	4	11.1%
30-39	1	2.8%
40-49	7	19.4%
50-59	13	36.1%
60-69	9	25%
70 EN ADELANTE	2	5.6%

Gráfica 3.- Distribución de los pacientes de acuerdo a la edad

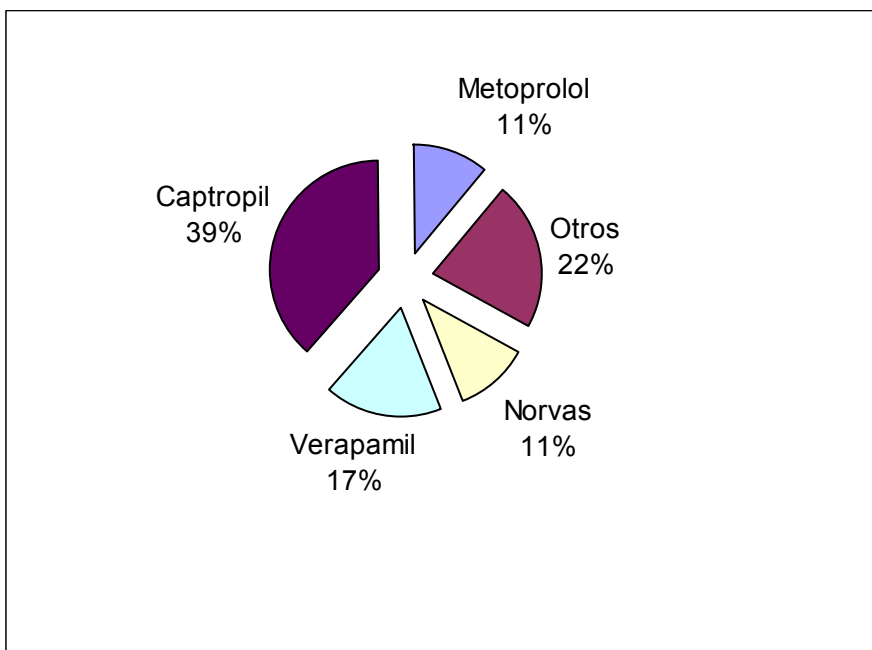


Tratamiento

De los 36 pacientes hipertensos, 22 estaban enterados de su padecimiento, de estos, 18 estaban bajo tratamiento y 4 no lo tenían.

Dentro de los medicamentos prescritos a los pacientes 7 toman Captropil, 3 Verapamil, 2 Norvas, 2 Metoprolol y el resto diferentes medicamentos. La relación del porcentaje de estos se puede apreciar en la siguiente gráfica.

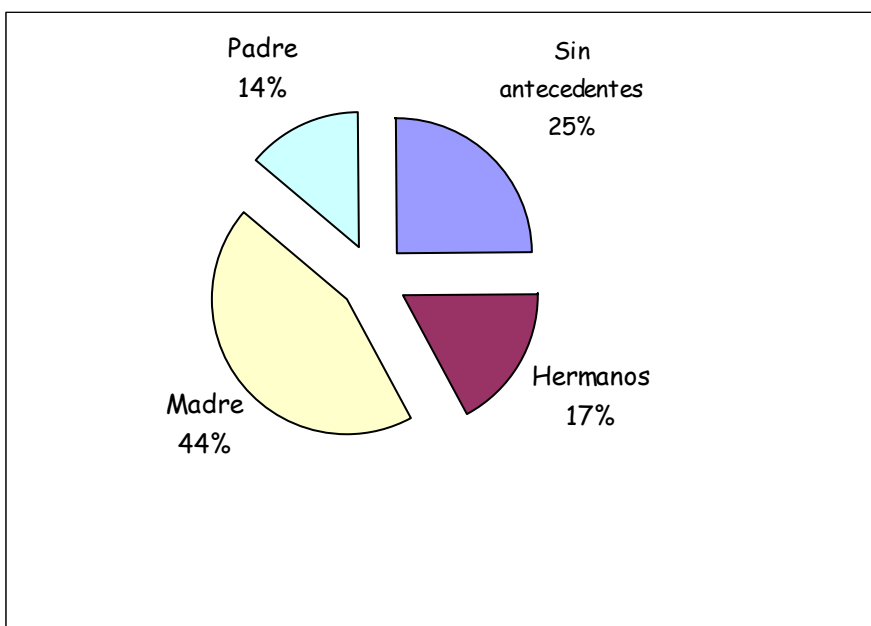
Gráfico 4.- Relación del porcentaje de los pacientes que ingieren los distintos medicamentos para controlar la hipertensión.



Antecedentes Hereditarios

En cuanto a los antecedentes heredo-familiares obtuvimos que 16 pacientes tienen como referencia madres hipertensas, 6 pacientes un hermano (a), 5 pacientes el padre era hipertenso y el resto no tenían antecedentes familiares. La relación del porcentaje se puede apreciar en la siguiente gráfica.

Gráfica 5.- Distribución de pacientes antecedentes hereditarios de pacientes hipertensos.



Hipertensión y Diabetes

Cuando se relaciono la presencia de hipertensión con la diabetes, sólo se encontró a un paciente que presentaba ambas alteraciones, la cual es una mujer de 64 años de edad que se dedica al hogar, y esta bajo tratamiento con Captopril, tiene como antecedente heredo-familiar un hermano hipertenso. Este paciente no fuma y no ingiere alcohol.

Hipertensión e Ingesta de Alcohol

Con lo que respecta a la ingesta de alcohol no se registro ningún paciente hipertenso que ingiriera alcohol

Hipertensión y Tabaquismo

Cuando se relaciono la hipertensión con el consumo de tabaco, sólo se encontró un paciente con ambas características.

Hipertensión e Índice de Masa Corporal (IMC)

Con lo que respecta al IMC los datos encontrados fueron poco relevantes, pues sólo una paciente de 38 años presentaba sobrepeso y otra de 50 años tenía obesidad.

DISCUSIÓN

En el presente estudio se estableció una prevalencia de pacientes hipertensos del 21.3%, cifra cercana a lo esperado y que coincide por lo reportado por los diferentes estudios, como la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas, que menciona una prevalencia de 24.6%.

Es importante mencionar que casi el 40% de los pacientes Hipertensos, desconocían de esta condición, y que gracias a este estudio tuvieron conocimiento de su problemática y de los riesgos de continuar sigla debida atención.

Con respecto a la edad, es importante mencionar que un poco más del 60% de los hipertensos tenían más de 40 años, estableciendo claramente que el riesgo de padecer esta alteración se incrementa con la edad. Así podemos enfatizar que se considera que a partir de los 40 años de edad se es más propenso a tener esta enfermedad. Cuando se analizan los datos por género se puede apreciar que ambos lo padecen de manera similar.

En lo que respecta a antecedentes heredo-familiares es importante destacar la influencia que existe por parte de la madre, ya que el 44% de los pacientes hipertensos refirieron este antecedente. Esto coincide con lo reportado por Guerreo¹⁶, que dice en su estudio, casi la mitad de los pacientes con hipertensión tuvo antecedente familiar de hipertensión en la rama materna.

No es relevante, en este estudio, la asociación con tabaquismo, e ingesta de alcohol, diabetes, sobrepeso, y obesidad pues en todos los casos la hipertensión fue un factor independiente de estas características.

CONCLUSIONES

Como conclusión podemos mencionar que la hipertensión esta presente en prácticamente una cuarta parte de los pacientes que revisamos, que se incrementa con la edad, que muchos pacientes no saben que la padecen y que existe un factor hereditario importante por parte de la madre. No se encontró una asociación clara con otras entidades como la diabetes, la ingesta de alcohol, la obesidad, el sobrepeso o el tabaquismo.

BIBLIOGRAFIA

- ¹ Oscar Gay Zárate. Manejo Odontológico de pacientes con problema cardiovasculares diversos"
Revista ADM Vol. XLIX, No.1, PP -10, Enero -Febrero 1992.
- ² Honorato Pérez Jesús, Puros Únanla Andrés. "Hipertensión Arterial" Ed. Everest. España. 2002. pág.13-2.
- ³ Hernández Martínez Francisco."Hipertensión arterial- crisis hipertensiva"
Med Oral, Vol V, No.4. Pág 121-122. octubre-diciembre 2003.
- ⁴ W. James. "Tratamiento Odontológico del Paciente bajo Tratamiento Médico. Ed. Harcourt Brace. 5ed. 1998. págs. 176-190.
- ⁵ Gañón " Fisiología Médica" 15a Edición, 1995. Edith. Manual Moderno.
- ⁶ William F Guyton- Hall "Tratado de Fisiología Médica" 10a Edición, 2000. Editorial. Mc Graw-Hill Interamericana
- ⁷ Jaime Carranza M., Salud Chávez P., Fortino Chávez C. Sandra Guape A., Abel Moreno R., Armando Lázaro C., Rafaela arias G., Jorge E. Herrera A.
"Hipertensión esencial enfermedad subdiagnosticada, pero ¿También sobrestimada? Rev. Asoc. Med. Int. Méx. No. 1 Vol. 11 Ene- Mar, 1995 pp. 37-40.
- ⁸ García de Alba E: Arias E., Parra Carrillo J. Velásco López. Algunos aspectos de la presión arterial en trabajadores urbanos. Arch. Inst. Cardiol. Méx. 1990; 60:89-98.
- ⁹ Scully and Cawson. "Medical Problems in Dentistry". ED. Wright. 3ra. Edición. 1993. Págs. 48-78.
- ¹⁰ Castellanos Suárez José Luis y Cols. "Medicina en Odontología" Ed. Manual Moderno. 4ª. Edición.- 1996. Págs. 26-56.
- ¹¹ Laura Ma., Díaz, et al. "Selección de los anestésicos locales adecuados para los pacientes hipertensos"
Revista ADM Vol. LX, No. 2 p-76-78, Marzo-Abril 2003.
- ¹² Cervantes Javier, Hacho sin C., Aguayo A., diagnóstico y prevalencia de hipertensión arterial en menores de 19 años en la Ciudad de Colima, Salud Publica de Mex. 2000, 42; 529-346.

¹³ García de Alba E: Arias E., Parra Carrillo J. Velásco López. Algunos aspectos de la presión arterial en trabajadores urbanos. Arch. Inst. Cardiol. Mex. 1990; 60:89-98.

¹⁴ Hernández B. Velasco ME. Encuestas transversales. Salud Pública Mex. 2000; 42:447-54

¹⁵ Tapia CONFER R. Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas. México DF. Secretaria de Salud, 1993: 25-28.

¹⁶ Guerrero Romero JF., Rodríguez Moran m. Prevalencia de hipertensión arterial y factores asociados en la población rural marginada. Salud Pública Méx. 1998, 40; 339
 Tapia CONFER R. Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas. México DF. Secretaria de Salud, 1993: 25-28.

BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTARIA.

Meaney Eduardo. "Estructura y función endotelial" Fundación interamericana del corazón 1999. Méx. Vol. 1

Herrera Acosta Jaime "Hipertensión arterial la terapeutica basada en evidencia" Arch. Card. De Méx. 2003:

Vol 73 Supl 17 abril-junio pp 66-69.