

11226
29
103

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL



**INCIDENCIA DE HIPERTENSION ARTERIAL EN DERECHOHABIENTES
DEL CONSULTORIO No. 4 DE LA UNIDAD DE
MEDICINA FAMILIAR --7.**

T E S I S

Que para obtener el Posgrado en
MEDICINA FAMILIAR

present a

DR. ALEJANDRO A. GARCIA MATAMOROS

Orizaba, Ver.



1984



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.

C O N T E N I D O

	págs.
GENERALIDADES.	3
REGULACION FISIOLÓGICA DE LA HIPERTEN- SION ARTERIAL.	5
FISIOPATOLOGIA DE LA HIPERTENSION.	11
CLASIFICACION DE LA HIPERTENSION	13
ANTECEDENTES CIENTIFICOS	16
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	18
HIPOTESIS	19
OBJETIVOS.	20
MATERIAL Y METODOS	21.
RESULTADOS	25
CONCLUSIONES	31
ALTERNATIVAS DE SOLUCION	32
COMENTARIO	34
BIBLIOGRAFIA	35

GENERALIDADES

La hipertensión arterial es una alteración hemodinámica producida por desajuste de los mecanismos de control cardiovascular y en la cual, las cifras de presión arterial se eleva por arriba de los límites máximos normales (140-90) en el adulto. Su causa es desconocida en el 85-90% de los casos (hipertensión esencial) y en los casos restantes constituye un signo de enfermedades renales, endócrinas y vasculares congénitas o adquiridas (hipertensión secundaria. Los factores hemodinámicos que se alteran en la hipertensión arterial son fundamentalmente las resistencias periféricas totales y el gasto cardíaco. De manera secundaria pueden influir el volumen sanguíneo y la viscosidad de la sangre.

Para hacer el diagnóstico de la hipertensión arterial se requiere que las cifras de presión arterial se encuentren por arriba de los límites normales que varían según la edad del paciente, y que esto suceda en varias ocasiones.

Las cifras normales de la presión arterial, así como los límites superiores normales varían según la edad. En los niños de 3 a 9 años de edad, las cifras normales son de 110-60, y los límites superiores son de 120-80, siendo de 90 el límite máximo para la diastólica y de 140 para la sistólica. En individuos entre 50 y 60 años el límite máximo para la diastólica es también de 90 mm de Hg. pero una

presión sistólica de 150 no debe ser causa de alarma. Para determinar que un paciente tiene hipertensión arterial, es necesario efectuar mediciones en decúbito, de pie y en posición sentada. Idealmente deberán obtenerse cifras durante el esfuerzo, durante la marcha o en situaciones de stress emocional, ocasiones que hacen variar las cifras tensionales y que pueden ayudar a identificar a pacientes hiperreactores o con hipertensión lábil, que de otra manera es difícil descubrir. Además, deberá tomarse en cuenta que la hipertensión no complicada es asintomática, por lo que la esfigmomanometría es el único medio para hacer el diagnóstico.

Una vez hecho el diagnóstico de hipertensión, habrá que determinar si es primaria (esencial) o secundaria a otros padecimientos mediante los datos clínicos y los exámenes radiológicos y de laboratorio que aconseje el estudio clínico.

La hipertensión arterial es una de las primeras causas de mortalidad en el mundo actual; sin embargo, no es la propia elevación tensional lo que ocasiona la muerte sino sus complicaciones; vasculares-cerebrales, cardíacas y renales. El control temprano y adecuado de las cifras tensionales es capaz de evitar las complicaciones más importantes de la hipertensión exceptuando la insuficiencia coronaria, la cual puede también obviarse cuando el tratamiento antihipertensivo se incluyen beta adrenérgicos.

La hipertensión arterial constituye actualmente un

importante capítulo de la salud pública, ya que en el mundo aproximadamente uno de cada 5 adultos es hipertenso. En México, un estudio realizado por el Consejo Mexicano Contra la Hipertensión arterial, demostró que el 16.9% de la población estudiada y que estaba entre los 30 y 49 años tenía más de 90 mm de Hg de presión diastólica.

No obstante, son muy pocos los hipertensos en quienes se hace un diagnóstico oportuno. Además, de los que inician el tratamiento, después de un año, sólo lo continúan el 15%. Este abandono del tratamiento se debe a que el padecimiento es asintomático en los casos no complicados; a la falta de información respecto a que el tratamiento debe ser --- constante y durar toda la vida o a efectos secundarios muy --- molestos y que son propios de algunos antihipertensivos incluyendo hipotensión ortostática, mareo y hasta depresión e impotencia sexual.

REGULACION FISIOLOGICA DE LA PRESION ARTERIAL.

La presión arterial es un mecanismo en perfecto -- equilibrio para mantener la irrigación adecuada de los diversos órganos. Su regulación y control dependen fundamentalmente del débito cardíaco y de las resistencias periféricas. El débito cardíaco es el producto del volumen sistólico por la frecuencia. Influirán, por tanto, los mecanismos de distensión del músculo cardíaco, el sistema de conducción intra--

cardíaco y la presión venosa, ésta a través del sistema baro y quimiorreceptor. La resistencia periférica viene determinada por el calibre del vaso, que depende a su vez de la resistencia elástica y del automatismo muscular de las fibras que lo forman.

La conjunción de la acción de la bomba del corazón, más la distensión y amortiguamiento de los grandes troncos, logran convertir los impulsos intermitentes en el flujo uniforme, que en lecho arteriolar se transforma en continuo y adaptado, por los mecanismos de regulación a las necesidades peculiares del organismo general y de cada uno de sus órganos en particular.

Los sistemas que intervienen en el mantenimiento de la presión arterial normal los podemos clasificar en: SISTEMA A CORTO PLAZO.- Representados por el reflejo del seno carotídeo, que responden a cualquier variación de tensión arterial, informando por vía aferente (glossofaríngeo y vago) al centro vasomotor, el cual por vía eferente (simpático y parasimpático), manda estímulos al corazón regulando su frecuencia y a los vasos periféricos regulando su calibre, que anulan el desequilibrio. El sistema presorreceptor responde en 30 segundos. Los sistemas quimiorreceptor (glomus carotídeo, arco aórtico) responde a los cambios de CO_2 , O_2 y pH, con una elevación de la presión arterial; funcionan como resorte de emergencia entre 50 y 20 mm de Hg. y sirve de salva

vidas final. La isquemia del sistema nervioso central determina, igualmente, una respuesta hipertensiva en cuestión de segundos. Los tres mecanismos citados de regulación rápida de la presión resultan muy útiles en los cambios posturales súbitos, en el transcurso de una hemorragia aguda, etc..

SISTEMAS A PLAZO MEDIO.- Comprende la relajación por stress, que consiste en la propiedad que tienen las arterias de alargarse cuando la presión sube demasiado; el escape capilar -- del líquido que permite una rápida trasudación de líquidos -- al espacio intersticial cuando, como consecuencia de una elevación muy brusca de la presión arterial (ejem. transfusión abundante), la presión capilar sube y el sistema renina-angiotensina, cuyo funcionamiento ponemos a continuación; como se sabe la hipoperfusión renal o la disminución del sodio en el túbulo distal determinan la elaboración de renina por la mácula densa. La renina es una enzima proteolítica que --- transforma a su substrato - una globulina alfa-2 sintetizada por el hígado- en el decapeptido angiotensina I. El enzima convertidor, que es un dipeptidilcarboxipeptidasa que se encuentra especialmente en el pulmón (pero también en el plasma circulante, riñón y muchos otros órganos), separa el terminal carboxílico His-Leu de la angiotensina I y se produce el octapeptido angiotensina II. Este es, por una parte un potente vasoconstrictor que eleva la presión arterial, y por otra un estimulante de la producción corticosuprarrenal de -

aldosterona que, al provocar una retención de sodio y agua, contribuye igualmente a elevar aquella.

SISTEMAS A LARGO PLAZO. - Quedan representados por el mecanismo de la regulación renal de los líquidos. Cuando la presión arterial cae por debajo de lo normal, la hipotensión reduce, por efecto directo, la eliminación renal de agua y sal, y -- ello origina un aumento progresivo de estos elementos dado -- que el sujeto continúa ingiriéndolo con la comida y la bebida. El aumento consiguiente del volumen de los fluidos corporales eleva la presión arterial a cifras normales. Viceversa, la elevación de la presión arterial aumenta la eliminación renal de agua y sal, con hipovolemia, y vuelta de la -- presión arterial a la normalidad.

Los controles nerviosos intervienen rápidamente pero actúan poco tiempo, los hormonales y de relajación capilar son mas lentos pero estables y el control de agua y de sodio --por el riñón-- es mucho más tardío pero mantiene una acción constante y permanente sin fatiga hasta conseguir el equilibrio requerido, o manteniéndose en el nuevo punto de -- regulación si no le es posible retornar a los valores normales. Es muy importante al estudiar los mecanismos de regulación, resaltar el papel fundamentalmente del riñón único con posibilidades de acción continua. Cuando la disregulación -- surge en éste órgano, la acción conflictiva con otros mecanismos fallará, prevaleciendo el mando del riñón.

Estudiados los mecanismos de control de la tensión arterial normal, vamos a estudiar las vías que controlan el tono vascular: a) la vía aferente, a partir de los baro o - quimiorreceptores (carotídeos, aórticos, vasos periféricos) va por la vía sensitiva medular (glossofaríngeo, vago y simpá tico); b) hasta los centros nerviosos: en la sustancia gris reticular del bulbo raquídeo se encuentra el centro cardio-- circulatorio que responde a los cambios bioquímicos de la -- sangre (CO_2 , O_2 , pH) y está en conexión de dependencia con el hipotálamo y el córtex. El hipotálamo, a través de los - influjos provenientes de los centros bulbares y por los capi lares que lo rodean, actúa en la regulación de la presión ar terial comportándose como un barorreceptor central. El cór tex, especialmente a nivel de su área premotora (área 6), pe ro también el área motora, la temporal, frontal y orbital, - así como amígdala, ínsula, gyrus cingulatus, etc; de este mo do todo este amplio conexo se relaciona con la esfera de la personalidad y la emotividad. En todos los lugares que co-- rresponden a esta vía se han encontrado concentraciones ele vadas de noradrenalina y otras aminas, lo cual explicaría la acción terapéutica de algunos fármacos hipotensores que actua rían a este nivel interfiriendo o desviando su acción; c) la vía eferente va a través del haz intermedio lateral y enlaza con las neuronas ganglionares. Las fibras que se desprenden de la raíces motoras formarían los rami comunicantes blancos

para penetrar en los ganglios simpáticos laterovertebrales y posteriormente, la vía simpática postganglionar, llegar a formar la terminación neurovascular en la pared del vaso. El modo de acción de ésta vía es hormonal.

El impulso nervioso a través de la fibra simpática postganglionar llega a la terminación vascular, produciendo una descarga de hormona libre allí almacenada, la cual a su vez actúa bien sobre los receptores alfa de la pared vascular produciendo vasoconstricción, o sobre otra neurona, para producir un impulso eléctrico adicional.

Las hormonas acumuladas a nivel de la terminación neurohormonal, y que en esta última instancia son los vehículos efectorios del impulso nervioso, se forman a partir de la tirosina circulante, que, por medio de la enzima tirosina-hidroxilasa se convierte en dihidroxifenilalanina (DOPA), la cual, por acción de la DOPA-decarboxilasa da lugar a la dopamina y ésta, por acción de la dopamina-beta-hidroxilasa da lugar a la noradrenalina. Estas dos últimas aminas quedan almacenadas en gránulos a nivel de terminación neurohormonal en forma de un pool de reserva y un pool móvil, ambos en equilibrio.

El impulso nervioso actúa sobre estas aminas almacenadas, produciendo cambios de permeabilidad de la membrana lipóidea regulada a su vez por el enzima monoaminooxidasa -- (MAO). La hormona libre actúa, a su vez, produciendo energía

química o mecánica sobre el órgano efector (el músculo liso de la pared vascular) o sobre otra neurona, donde desencadenará un nuevo impulso nervioso. La estimulación por el mediador químico de los alfa-receptores produce vasoconstricción, mientras que la de los beta-receptores provoca un efecto vasodilatador y un aumento del ritmo cardíaco y del volumen de expulsión del corazón. Debido a los diferentes enzimas que las inactivan, la acción de las catecolaminas es pasajera. Por este motivo, una deficiencia en aquellos podría explicar la patogenia de cierto tipo de hipertensión arterial.

FISIOPATOLOGIA GENERAL DE LA HIPERTENSION ARTERIAL.- El nivel de tensión arterial del organismo se regula por el débito cardíaco y las resistencias periféricas, que deben mantenerse en perfecto equilibrio. Se producirá hipertensión arterial cuando algún elemento rompa este equilibrio. En conjunto podemos aceptar tres causas como capaces de provocar la ruptura: a) aumento del débito cardíaco como ocurre en la insuficiencia aórtica, persistencia de ductus arterioso, bloqueos con bradicardia, hipertiroidismo y fístulas arterio-venosas; b) aumento de las resistencias periféricas por vasoconstricción periférica por acción hormonal (feocromocitoma, hipertensión vasculorrenal), neurógenas (encefalitis, óxido de carbono) y mecánicas (arteriosclerosis), y c) pérdida de la facultad de regulación o que se establezca a niveles más

altos (hipertensión esencial).

Pickering teoriza que la hipertensión arterial primaria no es una enfermedad cualitativamente diferente, sino la extensión cuantitativa de la normalidad; es el quantum de la desviación lo que provoca la enfermedad.

Estos serían en conjunto, los motivos fundamentales por lo que puede alterarse el control de la tensión arterial, advirtiendo que, aparte de las expuestas, existen en cada grupo multitud de causas que consideraremos más adelante.

a) Hipertensión Sistólica. - De entre las tres posibles alteraciones del control de la tensión arterial, la primera, es decir, el aumento del débito cardíaco, dará lugar a una hipertensión tipo sistólica aislada, en la que puede intervenir como elemento favorecedor la disminución de la elasticidad aórtica (ateroma senil, coartación de aorta). Se trata de hipertensiones, habitualmente de poca gravedad y que deben tratarse influyendo sobre la enfermedad que las determina.

b) Hipertensión Diastólica. - Comprende todas aquellas hipertensiones cuya causa fundamental estriba un aumento de las resistencias periféricas. Son de tipo sistólico-diastólico, con importante sintomatología y graves en potencia. Incluímos entre ellas las consecutivas a vasoconstricción periférica por efecto local-hormonal, neurógeno, mecánico- y por disregulación- hipertensión esencial.

CLASIFICACION ETIOLOGICA DE LAS HIPERTENSIONES ARTERIALES

A) HIPERTENSION PRIMARIA:

Hipertensión Arterial

B) HIPERTENSIONES SECUNDARIAS:

1.- NEFROUROLOGICAS:

a) Nefropatía bilateral.

Glomerulonefritis aguda o crónica.

Pielonefritis

Glomerulosclerosis diabética

Nefropatía gotosa

Nefropatía saturnina

Amiloidosis renal

Poliquistosis renal

Nefropatía gravídica

Nefritis por irradiación

Colagenosis con afectación renal

Necrosis cortical bilateral

b) Nefropatía unilateral.

Riñón hipogenético

Pielonefritis

Tuberculosis renal

Tumor renal
Hidro o perinefritis
Nefrolitiasis

c) Urológicas.

Megauréter congénito
Estenosis intrínsecas del uréter
Compresiones extrínsecas del uréter
Fibrosis retroperitoneal
Hipertrofia prostática
Estenosis uretral

2.- VASCULORRENALES:

a) Congénitas.

Estenosis fibrosas de la arteria renal
Aneurisma arterial renal
Angioma renal
Fistula arterio-venosa intrarrenal

b) Adquiridas.

Arteriosclerosis de la arteria renal
Trombosis de la arteria renal
Aneurisma disecante de la arteria renal
Pseudoxantoma elástico
Fistula arterio-venosa intrarrenal

Tromboangeítis obliterante
Takayasu de la aorta abdominal
Compresiones extrínsecas de la arteria renal
Tracción o compresión del pedículo renal (ptosis)

3.- ENDOCRINAS:

a) Medular.

Feocromocitoma

Neuroblastoma

b) Cortical.

Hiperaldosteronismo (Conn)

Cushing

Síndrome adrenogenital

4.- NEUROGENICAS:

Tumores cerebrales

Esclerosis del seno carotídeo

Poliomielitis

Porfiria aguda

5.- MECANICAS:

Coartación de la aorta

Fístula arterio-venosas periféricas

Insuficiencia aórtica

Arteriosclerosis.

ANTECEDENTES CIENTÍFICOS

Las cifras de presión arterial han sido usadas desde hace mucho tiempo como indicadores de salud o enfermedad.

Se han aceptado determinados niveles como normales, por lo que una lectura por arriba o por abajo de estos se -- consideran patológicos. Ciertamente, muchos factores influyen en la presión arterial de un individuo en un momento dado, pero en general, insistimos, se acepta la importancia de estas cifras para el diagnóstico o pronóstico de éste.

Las cifras que se consideran normales en nuestro medio, generalmente se han tomado de estudios extranjeros. Sin embargo mundialmente se han aceptado los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que consideran que -- hay hipertensión arterial marginal cuando las cifras son de 150-160 mm de Hg. para la presión sistólica y de 90-95 para la diastólica.. Cuando las cifras sobrepasan los límites de -- 160-95 se consideran como una hipertensión arterial franca.

Dicha organización considera que aproximadamente -- el 20% de la población adulta del mundo padece algún grado -- de hipertensión arterial, y de este porcentaje sólo la mitad conoce la existencia de su padecimiento. En los Estados Unidos se calcula una frecuencia aproximada del 15%.

En México se han hecho algunas investigaciones al respecto, el doctor Luis Méndez del CMN del IMSS estudió en

1961, a mil sujetos mayores de 30 años de edad, derechohabientes de dicha institución, y encontró las siguientes frecuencias: 5.2% para la fracción de esa población que tenía ingresos mínimos, pertenecientes a la clase baja superior; - 17.2% para la otra parte que catalogó como clase media, promediándose entre ambos grupos una prevalencia de 11.2%.

En ese mismo año el doctor Chávez realizó en la Cd. de Toluca un estudio similar, encontrando una frecuencia ceg cana a 18% entre personas de clase media.

El doctor Méndez efectuó en 1966 otro estudio parq cido, ésta vez entre un grupo de 737 médicos del IMSS, ha--- llando una prevalencia del 19%.

En otro estudio realizado por el doctor Orlando I. Piña en el estado de Yucatán, en 1981 encontró una prevalencia que fué de 12.2%. En el Puerto de Veracruz, también en - derechohabientes del IMSS, el doctor Rodríguez Gilabert en - 1982 encontró una prevalencia del 17.6%.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El desconocimiento de la alta incidencia de Hipertensión Arterial en nuestro medio, limita la detección oportuna y un control adecuado de pacientes hipertensos asintomáticos en el Primer Nivel de Atención.

HIPOTESIS

El estudio clínico y la medición oportuna de la --- presión arterial por el Médico Familiar, detectará mayor número de casos de hipertensos asintomáticos.

OBJETIVOS

GENERAL:

- 1.- Determinar la frecuencia de hipertensión arterial en pacientes mayores de 30 años de edad, adscritos al C-4 de la U.M.F. No. 7 de Orizaba, Ver.

ESPECIFICOS:

- 1.- Registrar la frecuencia de hipertensión por grupos de edad.
- 2.- Conocer la frecuencia de hipertensión arterial en relación al sexo.
- 3.- Identificar los antecedentes personales patológicos en pacientes con hipertensión arterial.
- 4.- Identificar los antecedentes hereditarios y familiares en pacientes con hipertensión arterial.

MATERIAL Y METODOS

El estudio se realizó en la población derechohabiente mayor de 30 años de edad, adscrita al consultorio No. 4 de la Unidad de Medicina Familiar No. 7 del IMSS en Orizaba Veracruz, que acudió a consulta con ambos médicos familiares, de principios de marzo a finales de agosto de 1983. El tamaño de la muestra se calculó tratando de obtener resultados con un 95% de certeza sin error mayor al 5% y fué de 273.

Debido a que la hipertensión y embarazo forma un capítulo aparte, puesto que la primera puede ser secundaria a la gestación o simplemente acompañar a la misma, no se incluyó en este estudio a mujeres embarazadas. Por razones obvias, en la encuesta tampoco se incluyó a aquellas personas que venían a control de hipertensión arterial o que ya estaban diagnosticados como tales.

En primer lugar se revisaron las técnicas correctas para la toma de la presión arterial con objeto de disminuir las consecuencias del uso de métodos diferentes en la investigación. Se utilizaron siempre los mismos esfigmomanómetros de mercurio y con brazaletes de tamaño normal. La toma de la presión se hizo con el paciente sentado, con el brazo derecho apoyado sobre la mesa de exploración y habiendo descansado al menos durante 5 minutos antes de la lectura. Se consideró como presión sistólica la primera fase de los

ruidos de Korotkoff y como diastólica el inicio de la quinta fase o silencio.

Se tomó como referencia la pirámide de población - del consultorio para conocer el total de la población adscrita (anexo No. 1); y los expedientes clínicos fueron material de apoyo así como la tarjeta TRF-1. Durante el estudio se -- elaboró un cuestionario cerrado tratando de precisar datos - investigados. (anexo No. 2).

Anexo...1

<u>MUJERES</u>	EDAD	<u>HOMBRES</u>
34	85 - +	10
25	80 - 84	13
42	75 - 79	15
68	70 - 74	25
38	65 - 69	30
101	60 - 64	100
158	55 - 59	209
174	50 - 54	157
154	45 - 49	102
130	40 - 44	75
142	35 - 39	117
203	30 - 34	207
205	25 - 29	151
92	20 - 24	41
109	15 - 19	86
242	10 - 14	263
313	5 - 9	331
190	1 - 4	189
29	(-) - 1	34

 Población Total 4604

Pirámide de Población del consultorio No. 4 de la UMF-7
 Encuesta realizada en la consulta externa. Orizaba, Ver.

Anexo....2

CUESTIONARIO

Fecha..... Caso No.....
Nombre_____ No. Afiliación_____
Sexo_____ Edad_____ Ocupación_____
Escolaridad_____
Tabaquismo_____ Alcoholismo_____
 (+) (-) (+) (-)
Peso_____ Talla_____ T.A. _____

ANTECEDENTES HEREDO-FAMILIARES:

Tiene algún familiar hipertenso?_____ (si) (no)

Que parentesco guarda con usted_____

ANTECEDENTES PERSONALES PATOLOGICOS:

Padece usted diabetes mellitus?_____ (si) (no)

Padece usted de alguna enfermedad renal?_____ (si) (no)

Padece usted de alguna enfermedad cardíaca?_____ (si) (no)

Padeció alguna vez de hipertensión?_____ (si) (no)

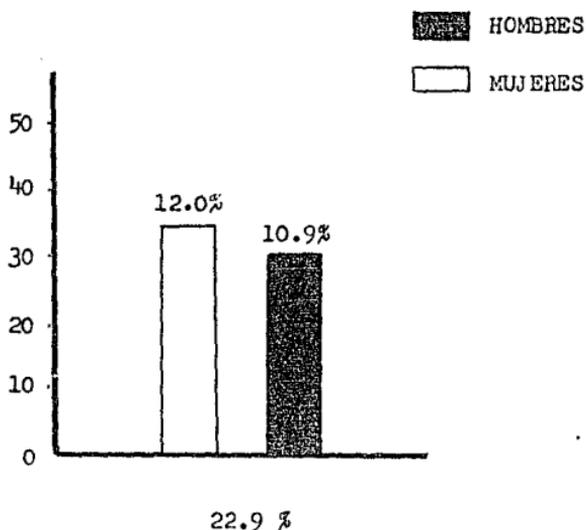
Que otras enfermedades de importancia ha padecido usted?_____

Observaciones_____

Figura No. 1

INCIDENCIA DE LA HIPERTENSION ARTERIAL EN
DERECHOHABIENTES DEL I.M.S.S.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 7 1983

Incidencia



30 hombres de 136 encuestados

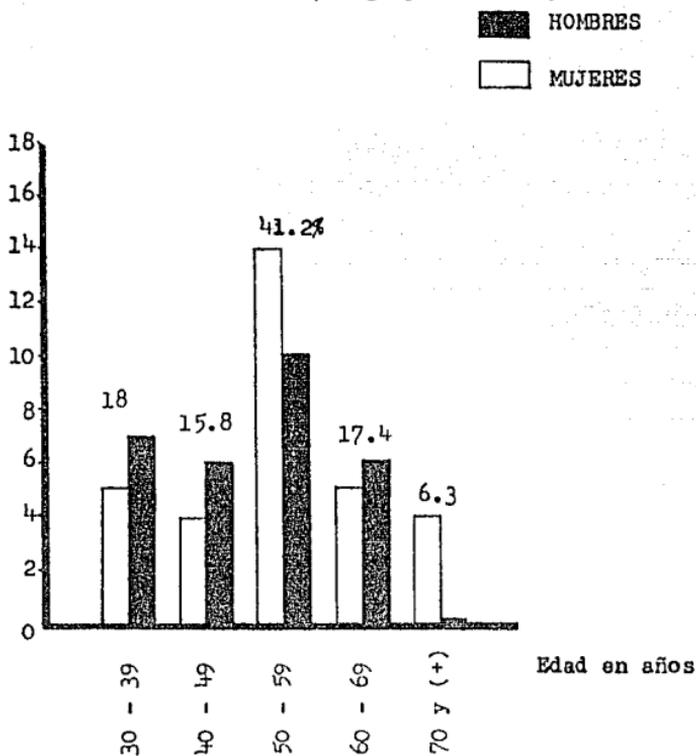
33 mujeres de 137 encuestados

Encuesta realizada en la consulta externa. Orizaba, Ver.

Figura No. 2

INCIDENCIA DE LA HIPERTENSION ARTERIAL EN
DERECHOHABIENTES DEL I.M.S.S.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 7 1983

Distribución de frecuencia por grupo de edad y sexo.

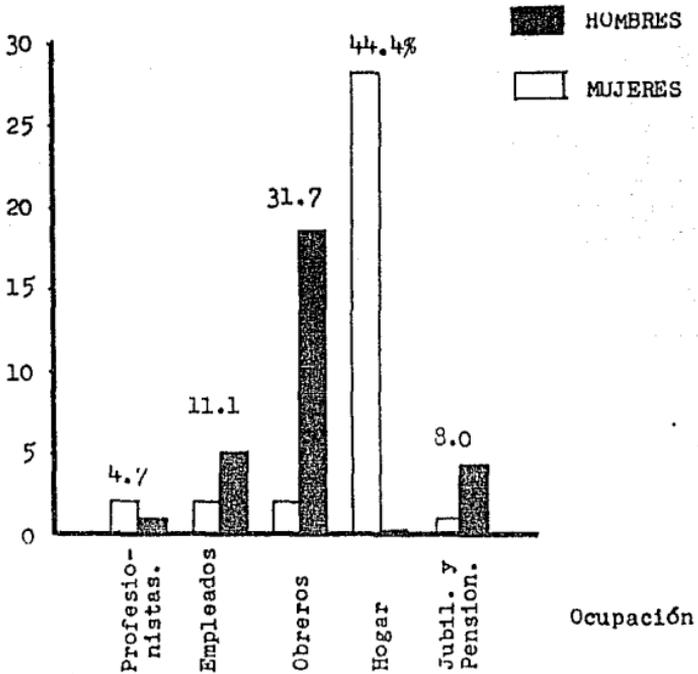


Encuesta realizada en la consulta externa. Orizaba, Ver.

Figura No. 3

INCIDENCIA DE LA HIPERTENSION ARTERIAL EN
DERECHOHABIENTES DEL I.M.S.S.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 7 1983

Distribución de frecuencia según la ocupación.

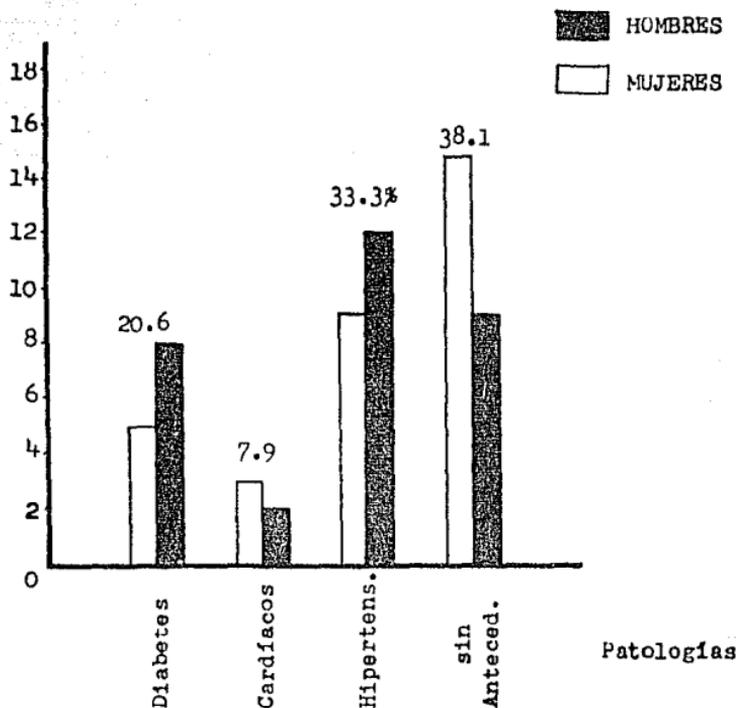


Encuesta realizada en la consulta externa. Orizaba, Ver.

Figura No. 4

INCIDENCIA DE LA HIPERTENSION ARTERIAL EN
DERECHOHABIENTES DEL I.M.S.S.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 7 1983

Distribución de frecuencia según los antecedentes hereditarios y familiares.



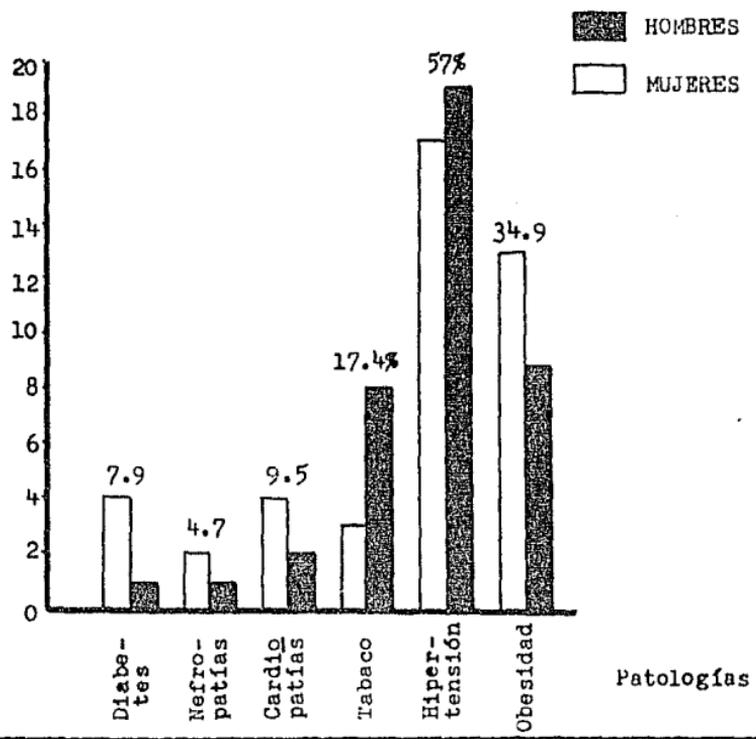
Encuesta realizada en la consulta externa. Orizaba, Ver.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

Figura No. 5

INCIDENCIA DE LA HIPERTENSION ARTERIAL EN
DERECHOHABIENTES DEL I.M.S.S.
UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 7 1983

Distribución de frecuencia según los antecedentes personales
patológicos del examinado.



Encuesta realizada en la consulta externa. Orizaba, Ver.

RESULTADOS

En total se revisaron 273 pacientes, 136 del sexo masculino y 137 del sexo femenino; según se aprecia en la figura 1, 30 hombres y 33 mujeres tuvieron lecturas altas lo que nos da un porcentaje de 10.9% y 12% respectivamente haciendo un total de 22.9%, cifra considerablemente mayor comparada con otros estudios similares. En la figura No.-2 se aprecia la distribución de frecuencia por grupos de edad; -- en general, a mayor edad el porcentaje se hacía más evidente en las mujeres (23.7%) y de 17.5% en los hombres; el grupo más afectado resultó ser el de la quinta década de vida.

En la figura No.-3 se observa la distribución de frecuencia según la ocupación. Es notable el gran porcentaje encontrado en la clase media comparativamente con la clase media-alta. El 61.8% de la muestra tiene antecedentes heredofamiliares como cardiopatías, diabetes mellitus e hipertensión, correspondiendo a ésta última la cifra de 38.1%.

En la figura No.-5 se muestran algunos de los antecedentes personales patológicos de importancia encontrados en el estudio; correspondiendo el mayor porcentaje (57%) a aquellos pacientes que sin saberse hipertensos alguna vez -- tuvieron cifras de presión arterial elevadas.

CONCLUSIONES

- 1.- El estudio clínico y la medición de la presión arterial detecta hipertensión arterial en pacientes asintomáticos.
- 2.- La incidencia de hipertensión arterial es alta.
- 3.- La hipertensión arterial es más frecuente en el sexo femenino.
- 4.- En la quinta década de vida la hipertensión arterial es más frecuente.
- 5.- En el hombre, el sector más afectado por hipertensión es el obrero mientras que en la mujer, las más afectadas son las que juegan el rol de esposa-madre.
- 6.- Un alto porcentaje de pacientes con hipertensión arterial asintomática NO tienen antecedentes heredo-familiares significativos.
- 7.- Los antecedentes heredo-familiares frecuentes encontrados en pacientes con hipertensión asintomática son: Diabetes Mellitus e hipertensión arterial.
- 8.- La obesidad y el tabaquismo son dos condicionantes frecuentes en pacientes con hipertensión arterial asintomática.

ALTERNATIVAS DE SOLUCION

- 1.- Intensificar el programa de Detección de la -- Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de -- ateción médica, a los pacientes mayores de 30 años y/o a sus acompañantes que acudan a las - Unidades de adscripción.
- 2.- La historia clínica y la tarjeta de registro - familiar TRF-1 son las fuentes de información más importantes para conocer los antecedentes heredo-familiares y personales patológicos de los pacientes sospechosos de hipertensión.

ACCIONES DEL MEDICO FAMILIAR

- a) Tomará la presión arterial a todos los pacien-- tes mayores de 30 años que acudan a consulta - externa, cualquiera que sea el motivo de ésta.
- b) Informará oportunamente a su universo de pobla-- ción los riesgos de ésta entidad nosológica a corto y a largo plazo.
- c) Realizará promoción de la salud consistente en propaganda, educación nutricional, pláticas a grupos y formar clubes, en su caso de pacien-- tes con hipertensión arterial.
- d) Llevará estricto control de los pacientes con

alto riesgo de ser futuros hipertensos; en su caso, vigilará su manejo integral e insistirá en el NO abandono del tratamiento.

-- LA MEDICION OPORTUNA DE LA PRESION ARTERIAL.
DETECTARA HIPERTENSION ARTERIAL EN PACIENTES
ASINTOMATICOS Y LIMITARA SUS COMPLICACIONES
PATOLOGICAS --

COMENTARIO

La incidencia de hipertensión arterial encontrada, que fué de 22.9 por ciento es un poco mayor que la informada en un grupo similar por Méndez y la señalada por Medicina -- Preventiva del IMSS, pero se apega bastante a lo esperado según los cálculos de la OMS y del Consejo Nacional contra la Hipertensión.

También son comparables en relación a su frecuencia según sexo y edad. Respecto a su mayor incidencia en la clase media, quizá expresa el interés causado por el tipo de trabajo y por los satisfactores que aparentemente tienen que cubrir según el consumismo que impera en nuestro sistema de vida.

Numerosos y amplios estudios previos han señalado la relación entre la diabetes y otras enfermedades que afectan el aparato cardiovascular en la etiopatogenia de la hipertensión, y en este grupo estudiado esto se confirma. --- Igualmente es evidente en este estudio la relación tabaco--- hipertensión.

Se reafirma asimismo otro factor predisponente como es el de la obesidad, aunque en menor grado según este -- estudio.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- BOLETIN Estadístico Anual IMSS, Subdirección General Médica, Jefatura de Servicios de Medicina Preventiva, 1977.
- 2.- CONSEJO Nacional Contra la Hipertensión Arterial, Inst. Nal. de Cardiología, México, 1976.
- 3.- CHAVEZ. Dr. González A., Alcocar LD, Epidemiología de la Hipertensión Arterial en México: 1. Estudio en el Municipio de Toluca. Monografía editada por el Consejo Mexicano Contra la Hipertensión Arterial. 1978.
- 4.- ESCUDERO J. Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial. México, CIBA: Cardiología Práctica. Vol. 1 No-2. Abril. 1980
- 5.- GARCIA de Alba J.E. Morán GR. Cárdenas GR. -- Ruiz GP. La Hipertensión Arterial como Problema de salud Pública. Salud Pública en México. 19:365, 1977.
- 6.- MENDEZ, L. Hipertensión Arterial, Anuario de Actualización en Medicina, Fascículo I Cardiovascular, IMSS. 1969, pág. 119.
- 7.- MESA Redonda sobre la Hipertensión Arterial, - Revista de la Facultad de Medicina, 1976, Vol. XIX, año 19, No-3 Pág. 6.
- 8.- PINA O. Prevalencia de Hipertensión Arterial en derechohabientes del IMSS, Mérida, Yuc, -- 1981. Revista Médica IMSS, Vol. 19:No-2 1981.
- 9.- RODRIGUEZ GC. Guillermo F. Estudio Estadístico de la Presión Arterial en Derechohabientes del IMSS en Veracruz. Arch. Inst. Cardiología, México, 52: 425-431, 1982.
- 10.- FARRERAS VP. Rozman C. Medicina Interna. Hipertensión Arterial. Edit. Marín. México. Tomo I Edic. 1978. Pag. 577-594.