

11226

2 ej. 86

Universidad Nacional Autónoma de México  
Instituto Mexicano del Seguro Social



Tratamiento de la Hipertensión Arterial  
y el Médico Familiar

TESIS

PARA OBTENER LA ESPECIALIDAD EN

MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

Dra. Ana Elena Ruiz Alejo

TUNTLA GUTIERREZ, CHIAPAS, FEBRERO DE 1988.



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.

# I N D I C E

PAGINA

RESUMEN

INTRODUCCION ..... I

MATERIAL Y METODO ..... 4

RESULTADOS ..... 5

CONCLUSIONES ..... 10

BIBLIOGRAFIA ..... 12

## RESUMEN

En el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.2 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Tuxtla Gutiérrez, durante los meses de septiembre de 1987 a enero de 1988 se realizó un estudio epidemiológico, retrospectivo y observacional de los diferentes esquemas terapéuticos de la hipertensión arterial esencial, administrados por el Médico Familiar.

Se revisaron 79 expedientes clínicos de la Consulta Externa de Medicina Familiar, con diagnóstico de hipertensión arterial esencial.

Se encontraron 16 esquemas diferentes de tratamiento para la hipertensión arterial. En 7 de los esquemas se encontraron tanto pacientes con cifras tensionales dentro de límites normales, como con pacientes con cifras tensionales elevadas, y solo en 3 de estos esquemas la T.A. diastólica media de estos grupos de pacientes se encontró por arriba de lo normal.

Independientemente de los esquemas terapéuticos, en el 20.25% de los casos, los pacientes fueron hipertensos descontrolados.

En el grupo de los pacientes que recibieron diversos esquemas antihipertensivos el 11% no tuvieron cifras tensionales dentro de límites normales.

## INTRODUCCION

La hipertensión arterial es uno de los padecimientos cardiovasculares más frecuentes, junto con la cardiopatía aterosclerosa y la reumática. Se ha encontrado que de 10 a 15% de la población mundial es hipertensa o tiene propensión a serlo, aunque con frecuencia los enfermos lo ignoran (1).

En el Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.2 del Instituto Mexicano del Seguro Social de Tuxtla Gutiérrez - en 1986 la morbilidad por hipertensión arterial ocupó el décimo noveno lugar del total de padecimientos más frecuentes. La prevalencia de la hipertensión en relación ha enfermedades crónicas degenerativas fué el segundo lugar, para 1986 se habían reportado 3329 casos de hipertensión en la consulta externa, siendo 3005 subsecuentes y 324 de primera vez (2).

La Organización Mundial de la Salud definió como criterio para determinar la hipertensión arterial sistémica la elevación de los valores de 160/95 mm Hg en la posición sedente u horizontal. El Comité Nacional de los Estados Unidos sobre la detección y tratamiento de la presión sanguínea elevada propuso que el diagnóstico de hipertensión arterial se confirmará en un sujeto cuando el promedio de más de dos tomas consecutivas de presión diastólica fuera mayor de 90 mm Hg (I,3,5,7,8,-II,13,14).

Después de confirmar el diagnóstico de H.T.A. es necesario evaluar la etiología y clasificarla en esencial o secundaria (4-6).

El tratamiento de la hipertensión arterial requiere de --

todo un equipo y supervisión del tratamiento (3). Una de las causas más comunes de fracaso en el control de la H.T.A. es la poca fidelidad del enfermo a las indicaciones terapéuticas, por lo que es indispensable la labor educativa del Médico hacia el enfermo (3,9,14,15).

El Comité de Detección y Tratamiento de la Presión Sanguínea elevada de los Estados Unidos recomienda un programa de tratamiento farmacológico en etapas sucesivas. Las cuatro etapas que recomienda este comité son: 1) diuréticos; 2) inhibidores adrenérgicos (clonidina, metil dopa, beta bloqueadores, prazocin y reserpina); 3) vasodilatadores; 4) agente inhibidor adrenérgico adicional (1,3,9,11).

Los diuréticos del tipo tiazida se han escogido como tratamiento inicial por lo que alrededor del 50% de los pacientes tienen respuesta antihipertensiva satisfactoria y pocos efectos colaterales. Esta bien establecido la eficacia de los bloqueadores beta adrenérgicos reducen la incidencia de la muerte súbita y prevención del infarto como del reinfarcto (1,3,5,8-9)

Cuando se utiliza un solo betabloqueador se controlan alrededor del 40% de los pacientes, cuando se asocia un diurético, la eficacia es de un 80%, y cuando se agregan vasodilatadores más diuréticos y betabloqueadores el control de la hipertensión es de un 90% (1,3,9). Otros estudios reportan que el uso del verapamil y atenolol logran un control adecuado, en la mayoría de los enfermos (9). También se habla de que la nifedipina tiene efectos benéficos y estadísticamente significativos para el tratamiento de la hipertensión esencial de grado ligero y moderado (7).

No debemos olvidar las recomendaciones generales dentro del tratamiento de la hipertensión arterial:

- 1.- Iniciar el tratamiento con la dosis mínima recomendada.
- 2.- Aumentar la dosis de manera gradual hasta obtener el control de la presión arterial o alcanzar la dosis máxima recomendada.
- 3.- No modificar la dosis ni pasar a la siguiente etapa de 2 a 4 semanas de iniciado el tratamiento
- 4.- Si no se logra el control de la presión sanguínea arterial, pasar a la siguiente etapa.
- 5.- Siempre que se añada otro medicamento es conveniente iniciarlo a dosis pequeñas.
- 6.- Utilizar los medicamentos que sean más familiares.
- 7.- Si para obtener el control de la presión arterial es necesario emplear de manera sostenida la dosis máxima de un agente hipertensivo, para evitar los efectos colaterales es aconsejable pasar a la siguiente etapa.
- 8.- Siempre utilizar los medicamentos de posología más sencilla.
- 9.- Restricción de la sal en la dieta (75 a 150 meq/día de sodio).

Ocupando la H.T.A. el segundo lugar de las enfermedades crónicas degenerativas del Hospital General de Zona con Medicina Familiar No.2 del I.M.S.S. de Tuxtla Gutiérrez, y existiendo diversos medicamentos surgió el interés de realizar este trabajo para determinar los esquemas que utiliza el médico familiar en el control de los pacientes hipertensos esenciales y los resultados de dichos esquemas en la presión diastólica.

## MATERIAL Y METODO

Realizamos un estudio epidemiológico, observacional y retrospectivo. Se revisaron 104 expedientes clínicos de pacientes que acudieron a la Consulta Externa de Medicina Familiar del Hospital General de Zona No. 2 del I.M.S.S. de Tuxtla Gutiérrez, durante los meses de septiembre de 1987 a enero de 1988.

Se revisaron 104 expedientes clínicos captados en la Hoja de registro diario de la consulta externa (4-30-6), con el diagnóstico de H.T.A. esencial.

Se incluyeron para el estudio pacientes de ambos sexos, de diversas edades, sin enfermedades crónico concomitantes, ni con complicaciones de la hipertensión arterial.

Se excluyeron a los pacientes en los cuales el tratamiento fué establecido por cardiólogo, que cursaran con complicaciones de la hipertensión arterial, o enfermedades crónicas concomitantes (diabetes, nefropatía, enfermedades de la colágena).

Se elaboró un formato donde se registraron los siguientes datos: No. de consultorio, nombre, edad, afiliación, sexo, indicaciones higiénico nutricionales, esquemas terapéuticos y cifras tensionales reportadas en el expediente.

## RESULTADOS

De los 104 expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de hipertensión arterial, 25 (24%) tienen tratamiento instituido por cardiólogo. Los demás casos, 79 (76%) su tratamiento fué establecido por su Médico Familiar.

De estos pacientes, 54 (68%) fueron del sexo femenino, y 25 (32%) masculinos.

### GUADRO No. I

#### CLASIFICACION DE PACIENTES POR SEXO

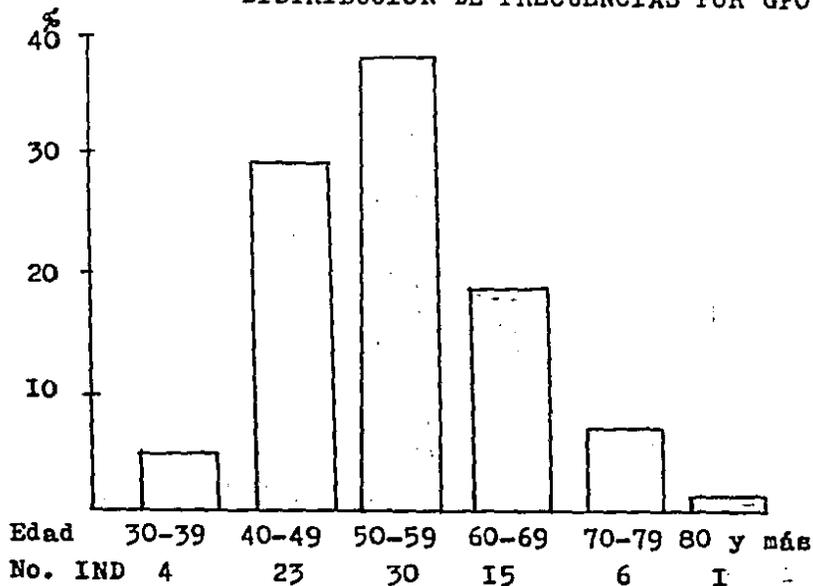
	No. PACIENTES	%
MUJERES	54	68%
HOMBRES	25	32%
<b>Total</b>	<b>79</b>	<b>100%</b>

Fuente: Expedientes clínicos de consulta externa

Sus edades fluctuaron entre los 33 y 82 años, con una edad promedio de 53 años. Su distribución por grupos etarios se aprecia en las siguientes figuras.

### GRAFICA No. I

#### DISTRIBUCION DE FRECUENCIAS POR GPOS DE EDAD



CUADRO No. 2

DISTRIBUCION POR GRUPOS ETARIOS

Gpo Etario	No. Pacientes	%
30 - 34	2	2.5%
35 - 39	2	2.5%
40 - 44	9	11.2%
45 - 49	14	18 %
50 - 54	19	24 %
55 - 59	11	14 %
60 - 64	7	9 %
65 - 69	8	10 %
70 - 74	6	7.5%
75 - 79	0	0%
80 - 84	1	1.2%
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>100 %</b>

Fuente: Expedientes clínicos, C.E.

La escolaridad de los pacientes es la siguiente:

Analfabetos	34	43%
Primaria Incompleta	26	33%
Primaria Completa	19	24%
Total	79	100%

La ocupación de los pacientes es:

Hogar	54	68.5%
Obreros	13	16.5%
Empleados	7	9 %
Jubilados	5	6 %
Total	79	100 %

Fuente: Expedientes clínicos, C.E.

En la revisión de los expedientes clínicos encontramos - los siguientes esquemas de tratamiento antihipertensivo.

1) Con dieta exclusivamente, 5 pacientes, 4 con TA normal y 1 con TA por arriba de las cifras normales. La TA diastólica media en este grupo fué 86 mm Hg.

2) Clortalidona 100 mgs, 12 pacientes, con TA normal 6 - pacientes, cabe mencionar que uno de ellos abandonó el trata - miento, y 5 pacientes con cifras elevadas, su TA diastólica me dia de 90.83 mm Hg.

3) Metildopa 250 mgs, 5 pacientes, 4 con TA normal, y 1 - con TA elevada, la TA diastólica media de 85 mm Hg.

4) Metildopa 500 mgs, 7 pacientes, todos con TA normal, - la TA diastólica media 85 mm Hg.

5) Metildopa 750 mgs, 6 pacientes, 5 con TA normal, y 1 - con TA elevada, su TA diastólica media de 86 mm Hg.

6) Propanolol 40 mgs, 1 paciente con 90 mm Hg de TA.

7) Propanolol 80 mgs, 1 paciente con TA 70 mm Hg.

8) Propanolol 120 mgs, 1 paciente con 90 mm Hg de TA dias tólica .

9) Metoprolol 30 mgs, 1 paciente con 80 mm Hg de TA dias tólica.

10) Metildopa 250 mgs y clortalidona 100 mgs, 2 pacientes - con TA diastólica media de 80 mm Hg.

11) Metildopa 500 mgs y clortalidona 100 mgs, 2 pacientes, con TA diastólica media de 95 mm .

12) Metildopa 750 mgs y clortalidona 100 mgs, 6 pacientes - 3 con TA normal, y 3 con TA elevada, su TA diastólica media de 91 mm Hg.

13) Propanolol 80 mgs y clortalidona 100 mgs, 1 paciente - con TA de 80 mm Hg.

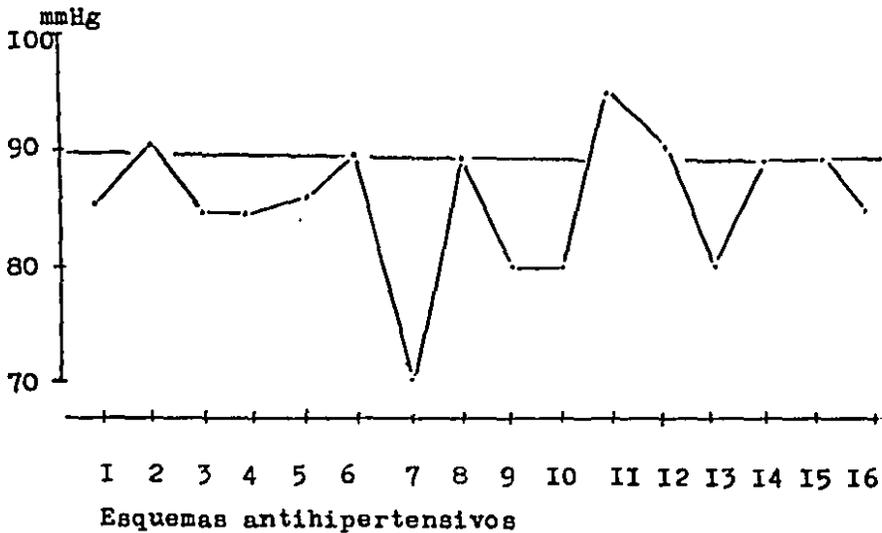
14) Propanolol 120 mgs y clortalidona 100 mgs, 1 paciente - con TA de 90 mm Hg.

15) Nifedipina 30 mgs y clortalidona 100 mgs, 1 paciente - con TA de 90 mm Hg.

16) Multitratados, 26 pacientes, 23 con TA normal y 3 con TA elevada, su TA diastólica media 85 mm Hg.

La media de las cifras tensionales de los pacientes tratados con cada uno de los 16 esquemas mencionados anteriormente se encuentran representados gráficamente en la siguiente figura.

GRAFICA No. 2  
PRESION DIASTOLICA MEDIA  
DE LOS DIFERENTES ESQUEMAS ANTIHIPERTENSIVOS



Fuente: Expedientes clínicos, C.E.

16 pacientes en total mantuvieron cifras tensionales elevadas (20.25%), independientemente del esquema de manejo.

De los pacientes tratados con metildopa y clortalidona, - aunque había pacientes con cifras tensionales normales, la TA-diastólica media de este grupo de pacientes fué elevada como - se aprecia en la gráfica No. 2 (esquemas II y I2).

Cabe mencionar que del grupo de multitratados, su esquema terapéutico antihipertensivo actual es: 1 paciente con clortalidona, 3 con metil dopa, 4 con propanolol, 2 con metoprolol 6 con nifedipina, 1 con verapamil, 1 con metildopa y clortalidona, 3 con propanolol y clortalidona, 1 con verapamil y clortalidona.

Se encontró que en 11 casos (14%) hubo omisión en la anotación de las cifras tensionales en el expediente.

En 3 pacientes (4%), las cifras tensionales estaban dentro de la normalidad, y se modificó el esquema terapéutico, -- sin que se mencionara la causa.

En 1 caso, teniendo el paciente TA normal, se modificó el esquema y presenta TA diastólica elevada.

En 1 caso, se diagnóstico H.T.A. y no se anotaron cifras-tensionales, ni tratamiento establecido.

## CONCLUSIONES

Como era de esperarse se encontraron 16 esquemas diferentes de tratamiento para la hipertensión arterial, en el 20.25% del total de los casos los pacientes mantuvieron cifras tensionales elevadas.

Una de las causas más comunes de fracaso en el control de la hipertensión arterial es la poca fidelidad del enfermo a las indicaciones terapéuticas, ya que es negligente e inconstante para tomar los medicamentos con regularidad, favorecido por la escasa educación que tienen los pacientes. En nuestro estudio encontramos un 43 % de analfabetas. A esto hay que agregar otros factores: los pacientes no tienen síntomas, los medicamentos pueden provocarle molestias, el tratamiento es por tiempo indefinido. Es indispensable la labor educativa del médico hacia el enfermo; debe destacar que la hipertensión no se cura que debe patentizar los beneficios del tratamiento adecuado, y dar la debida importancia para transmitirle al paciente conocimientos específicos sobre su padecimiento.

Se reafirma que desde el punto de vista preventivo, debe detectarse oportunamente la hipertensión arterial en los pacientes a partir de los 30 años de edad. En este trabajo se encontraron pacientes hipertensos desde los 33 años de edad.

Aunque los autores recomiendan un diagrama de flujo en el tratamiento de la hipertensión arterial en nuestra revisión no se encontro esta aplicación de tratamiento. Entre el 80% y 90% de los enfermos hipertensos pueden controlarse en el primer nivel de la atención médica. Los demás casos deben ser canalizados a los otros niveles de la infraestructura de salud. Los 3-casos de pacientes que mantienen cifras tensionales elevadas, a pesar de haber recibido diferentes esquemas terapéuticos, debería valorarse su envío a un segundo nivel de atención médica

Hay que señalar que, con los problemas del sistema actual de atención al paciente hipertenso, no se puede efectuar un control adecuado de la presión arterial en la población, y los

principales obstáculos los constituyen la ignorancia, pérdida de intereses y falta de coordinación en la atención.

Las necesidades que plantea la hipertensión arterial a nivel de la población, pueden reunirse en los siguientes puntos: detección, confirmación, estudio clínico, estudio etiológico, tratamiento y control a corto, largo plazo y educación higiénica.

Finalmente este trabajo pretende interesar más que convencer. No aporta conocimientos nuevos. Tiene un solo propósito; propiciar, mediante el ejercicio intelectual, un cambio de conducta al destacar la importancia de que todo médico mida de manera personal la presión arterial de todos los enfermos adultos, lo que permitirá descubrir oportunamente a las personas hipertensas; que indique el tratamiento antihipertensivo adecuado y que, finalmente, efectúe una supervisión periódica por tiempo indefinido del tratamiento.

## BIBLIOGRAFIA

- I.- Pérez, A., Lisfhitz, A.: Algoritmo para el diagnóstico y el tratamiento de la hipertensión arterial en niveles primarios de atención. Rev. Med. IMSS. 23:329 - 334, 1985.
- 2.- Diagnóstico de Salud 1986 del Hospital General de Zona No. 2 Tuxtla Gutiérrez, Chiapas.
- 3.- Torres, M.: Manejo de la Hipertensión arterial leve.- Rev Med. IMSS. 19:627-631, 1981.
- 4.- Ferreira, S.: Manejo de la Hipertensión leve a moderada. Simposio Sao Paulo, Brasil. I4-I8, 1985.
- 5.- Piña, O., Puerto, B.: Prevalencia de hipertensión arterial en un grupo de derechohabientes del IMSS. Rev. Med. IMSS 19:217-219, 1981.
- 6.- Cárdenas, M., Chávez, R.: Aspectos actuales de la hipertensión arterial. Gaceta Médica de México. 119;235 249, 1983.
- 7.- González, M., Torres, M.: Efecto de la nifedipina en el tratamiento de la hipertensión arterial esencial.- Rev. Med. IMSS. 21:397-407, 1983.
- 8.- Strano, A., Novo, S.: Efectos de la asociación nifedipina acebutol en el tratamiento de pacientes con hipertensión arterial esencial. Rev. Española de Cardiología. 35:13-21. 1982.
- 9.- Escudero, J., Hernández, H.: Comparación del efecto antihipertensivo de verapamil y atenolol. Rev. Med. - IMSS. 24:177-185. 1986.
- 10.- Alcocer, L.: Hipertensión arterial: mecanismos, consecuencias y manejo racional. Curso Monográfico Internacional. I: 1-15. 1984
- II.- Exaire, E., Paniagua, R., Pérez, A.: Valoración comparativa del efecto antihipertensivo y metabólico de la combinación de hidrocloreotiacida y amilorida, y la

clortalidona sola y con sales de potasio en pacientes con hipertensión arterial esencial. Rev. Med. IMSS. - 24:87-91. 1986.

12.- Gordon, H.W., Braukwald, E.: Vasculopatía hipertensiva. En Harrison: (ed): Principios de Medicina Interna. 6a Ed. México, D.F. Mac Graw Hill. 1985. pag - 2054-2072.

13.- Kloner, R.: Cardiología. 6a Ed. México, D.F. Edit. - Mac Graw Hill. 1984. pag 441-467.

14.- Sokolow, M.: Cardiología Clínica. 2a Ed. México, D.F. Edit. Manual Moderno. 1983. pag 336-349.

15.- Krupp, M.: Diagnóstico Clínico y Tratamiento. 19a Ed México, D.F. Edit. Manual Moderno. 1984. pag 192-202.