

54  
207



# UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado

Unidad de Medicina Familiar No.21

Delegación 4

I. M. S. S.

TRANSGRESION DIETETICA Y MEDICAMENTOSA:  
CAUSAS DE DESCONTROL DE HTAS ESENCIA LEVE

T E S I S

Que para obtener el Título de  
Especialista en Medicina Familiar  
p r e s e n t a

DRA. JUDITH FELICITAS SANTILLAN GARDUÑO



TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN

MEXICO, D. F.

1991



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 está 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**  
- - - - -

	Pág.
I.- Introducción.....	01
II.- Antecedentes Científicos.....	03
III.- Planteamiento del problema.....	07
IV.- Hipótesis.....	08
V.- Objetivos.....	09
VI.- Material y Métodos.....	10
VII.- Tablas y Gráficas de resultados.....	12
VIII.- Análisis de resultados.....	28
IX .- Discusión.....	30
X.- Conclusiones.....	31
XI.- Alternativas de solución.....	32
XII.- Bibliografía.....	33
XIII.- Anexos.....	35

## I N T R O D U C C I O N

La hipertensión arterial sistémica (HTA) es una de las -- principales causas de mortalidad y morbilidad en la población adulta de los países desarrollados, es un estado fisiopatológico dinámico que debe analizarse a lo largo de su evolución cronológica y aunque puede diferir de un paciente a otro, en la gran mayoría de los casos se pueden identificar varios períodos lo que permite establecer además del diagnóstico y pronóstico, las diferentes etapas de prevención. A pesar de los avances en el diagnóstico y tratamiento, la Hipertensión arterial sigue siendo el factor de riesgo más importante para la aparición de enfermedad cardiovascular, y una de las principales causas de insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal y enfermedad cerebrovascular. Más de la mitad de los ataques coronarios y dos terceros partes de los eventos vasculares ocurren en personas con hipertensión arterial previa.

La "muerte silenciosa " es la frase con que se ha comparado y definido la HTA cuando ésta es dejada libremente a la -- evolución de su historia natural, produciendo un lento y progresivo deterioro sobre el individuo, afectando a todos los -- órganos del cuerpo, siendo los vitales los más dañados y los que originan la sintomatología.

Aunque han aumentado considerablemente los conocimientos sobre la patogenia de la hipertensión arterial secundaria, si -- guen siendo obscuras las causas de la hipertensión arterial -- esencial, siendo entre otros factores esta falta de conocimiento y la perspectiva de un tratamiento que debe mantenerse durante toda la vida, además de que la enfermedad suele mantenerse asintomática hasta que aparecen sus complicaciones, lo que ha fomentado que, tanto médicos como pacientes descuiden su detección y tratamiento, afortunadamente, los esfuerzos --

mundiales dirigidos a la detección y vigilancia de la hipertensión arterial, han comenzado a cambiar las actitudes prevalentes.

Sin embargo, si se toma en cuenta la población mayor de 45 años, la hipertensión arterial se ubica como la primera causa de demanda de consulta en las unidades de Medicina Familiar, por lo que es conveniente tener en mente esta enfermedad, tanto para identificarla y controlarla precozmente, como para limitar sus repercusiones en la forma más razonable y segura posible, partiendo de conocimientos científicos aplicables a nuestra población, teniendo en cuenta que la educación continua del paciente puede mejorar su apego al tratamiento.

### ANTECEDENTES CIENTIFICOS

La OMS adoptó la definición de enfermedad hipertensiva como sinónimo de hipertensión esencial para designar al todavía no identificado trastorno fisiológico característico de esta enfermedad y que conduce a la elevación de la presión sistólica y diastólica, a alteraciones anatómicas en el árbol vascular y a una alteración funcional de los tejidos afectados.<sup>(1)</sup> De acuerdo a la T.A. diastólica, la T.A. se considera como normal con cifras menores de 85 mmHg, normal alto entre 85 y 89 mmHg, HTAS leve entre 90 y 104 mmHg, HTAS moderada entre 105 y 114 mmHg o HTAS severa con cifras por arriba de 115 mmHg y de acuerdo a la T.A. sistólica se considera normal cifras menores de 140 mmHg, HTAS limítrofe entre 140 y 160 mmHg e HTAS sistólica con cifras por arriba de 160 mmHg.<sup>(1,2)</sup>

La hipertensión arterial es el factor de riesgo más importante para la aparición de enfermedad cardiovascular y una de las principales causas de insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal y EVC.<sup>(1,2,3,4,5)</sup> Sin embargo, a pesar de que la hipertensión arterial contribuye a la aparición de estas enfermedades es frecuente que, tanto médicos como pacientes descuiden su detección y tratamiento, siendo los principales factores que contribuyen a este descuido, la falta de conocimiento por parte de los pacientes acerca de la enfermedad, sus causas, complicaciones y tratamiento, así como tener que mantener el tratamiento toda la vida.<sup>(1)</sup> La herencia y el medio ambiente juegan un papel muy importante en la producción de hipertensión arterial, incluyendo entre los factores ambientales el stress emocional sostenido y la ingesta de sal, que varía en distintos grupos de la población.<sup>(1,6)</sup> En numerosos estudios se ha demostrado que la disminución de la ingesta de sal hasta un tercio o la mitad de la cantidad contenida en la dieta occidental habitual puede reducir la presión arterial en individuos con hipertensión leve.<sup>(6)</sup> El manejo de los pacientes hipertensos debe tener como objetivos: a) Restaurar la esperanza de vida del hipertenso y b) Evitar o reducir las

complicaciones de la HTAS, disminuyendo el mecanismo fisiopatológico y modificando los factores de riesgo cardiovascular. (2)

El dilema terapéutico de beneficio contra riesgo del tratamiento farmacológico ha sido analizado internacionalmente - recomendando las medidas no farmacológicas como la primera línea de tratamiento en casos no complicados para prevenir y -- controlar la hipertensión, teniendo en mente que el tratamiento farmacológico no las substituye. (2,7,8)

Los estudios sobre medidas no farmacológicas han fomentado el interés en los efectos de la dieta, tomando en cuenta - varios factores: evitar la obesidad, dieta hiposódica, reducir la ingesta de alcohol, reducir la ingesta de grasas saturadas, evitar el consumo de tabaco, intentar un programa de - ejercicio isotónico regular y promover actividades de relajación física y mental. (1,2,7) Para los pacientes con HTAS leve cuyos niveles de T.A. diastólica oscilan entre 90 y 94 mmHg, se recomienda iniciar con estas medidas y esperar algunos meses para evaluar si es necesario el empleo de agentes farmacológicos. (2)

Diversos estudios han mostrado una clara asociación entre la reducción de peso en pacientes obesos y la disminución de los niveles de la presión arterial, (9) encontrando en algunos estudios que esta asociación es mayor para la tensión arterial diastólica que para la sistólica. (9, 10)

Se ha observado que la presión sanguínea de adolescentes obesos es sensible al consumo de sodio en la dieta, mientras que la presión sanguínea de adolescentes no obesos no es sensible. (11) Se ha encontrado una correlación directa entre la excreción de sodio en 24 hs y los valores de la presión sanguínea en la población, (12) observando que esta relación puede ser alterada por factores extrínsecos o intrínsecos. (11)

La presión sanguínea de adolescentes obesos es dependiente del consumo de sodio en la dieta y su sensibilidad al sodio puede resultar de los efectos combinados de la hiperinulinemia, hiperaldosteronismo o incremento de la actividad del

sistema nervioso simpático por incremento en la retención de sodio. (9)

Algunas evidencias sugieren que los pacientes con hipertensión tienen anomalías asociadas del metabolismo de los carbohidratos, encontrando una relación entre hipertensión y obesidad y que esta obesidad está asociada con resistencia a la insulina e hiperinsulinemia. (13)

Existen notables diferencias en el grado de respuesta a la restricción salina, lo que ha generado el concepto de hipertensión sensible a la sal, sugiriendo que este proceso está determinado genéticamente e incluso se ha descrito un marcador genético encontrando que fenotipos con haptoglobina están asociados con la sensibilidad o resistencia a la sal. (9,12)

Es probable que los mecanismos que protegen la presión arterial frente a la depleción de volúmen sean más débiles en unos individuos que en otros. La respuesta de la presión arterial a la depleción salina se potencia cuando el sistema renina-angiotensina está bloqueado, existiendo estrecha relación entre la respuesta de la presión arterial a la restricción salina y los niveles iniciales de renina. (14) La homeostasis del sodio influye profundamente en el sistema cardiovascular, estando ligada no solo al sistema renina-angiotensina-aldosterona sino también al sistema adrenérgico simpático, ya que se ha reportado que el consumo elevado de sodio causa una respuesta presora exagerada. (15) Un daño en la respuesta natriurética a la carga de sal puede resultar en una reducida habilidad para generar sustancias natriuréticas como dopamina, prostaglandina E<sub>2</sub> y factor natriurético atrial, lo que puede ser importante en la adaptación renal a diferentes consumos de sal. (16)

Se ha observado también que la restricción dietética de sodio se asocia a un efecto hipotensor, que es mayor para la presión sistólica y se relaciona directamente con la edad, --siendo mayores los descensos de la presión arterial en los pacientes de edad más avanzada, (6) encontrando que cuando el consumo de sodio es bajo, la T.A. promedio es baja y presenta



pequeñas variaciones con la edad. En poblaciones con gran consumo de sodio, la presión sanguínea promedio es más alta con la edad (17)

Varios estudios epidemiológicos sugieren que la prevalencia de la hipertensión varía inversamente con el consumo de potasio en la dieta, (18) encontrando una relación negativa entre la excreción de potasio y la presión sanguínea. (5,17)

En algunos estudios epidemiológicos se ha encontrado que la relación de la incidencia de la HTAS es inversa al consumo de potasio, (4,18) concluyendo que se debe administrar una dieta rica en potasio con alimentos naturales ya que se ha observado que los suplementos de potasio pueden beneficiar a los pacientes hipertensos. (19)

La relación entre la elevación de cloruro de sodio y la T.A. se basa en datos epidemiológicos, de estudios directos de disminución de sal y respuestas clínicas benéficas a restricciones marcadas del cloruro de sodio en la dieta, (20) encontrando que los sujetos con hipertensión límite responden a un gran consumo de sal con incrementos en las resistencias vasculares periféricas y en la presión arterial. (20)

Hay que tener en mente que el tratamiento medicamentoso no substituye a las medidas no farmacológicas y que éstas se deben indicar con la convicción del beneficio que traerá al paciente.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La hipertensión arterial sistémica y sus complicaciones - como la enfermedad cardiovascular, enfermedad vascular cerebral y el infarto agudo del miocardio, son problemas con gran impacto en la salud de nuestra población y una causa muy frecuente de demanda de servicios médicos. Si se toma en cuenta la población mayor de 45 años, la hipertensión arterial se ubica como la primera causa de demanda de consulta en las unidades de Medicina Familiar.

En el periodo comprendido de enero a diciembre de 1989, se atendieron en el servicio de urgencias del HGZ # 30 267 casos de HTAS descontrolada, lo que representa una tasa de 1.6 x 1000; así mismo la HTAS y sus complicaciones ocuparon el segundo lugar como causa de mortalidad en el mismo periodo.\*

Sin embargo, la falta de conocimiento y la perspectiva de una terapéutica a largo plazo, ha fomentado entre médicos y pacientes una apatía hacia este padecimiento.

Por lo anterior consideramos importante investigar si

- ¿ La transgresión dietética descontrola la HTAS con mayor frecuencia que la transgresión medicamentosa en pacientes con hipertensión arterial esencial leve ?

\* Fuente: Diagnóstico de salud HGZ # 30

H I P O T E S I S  
\* \* \* \* \*

H<sub>0</sub>:

La transgresión dietética descontrola la HTAS esencial leve con igual frecuencia que la transgresión medicamentosa.

H<sub>1</sub>:

La transgresión dietética descontrola la HTAS esencial leve con mayor frecuencia que la transgresión medicamentosa.

**OBJETIVOS**

\* \* \* \* \*

**OBJETIVO GENERAL:**

Determinar si la transgresión dietética provoca mayor descontrol de la HTAS leve que la transgresión medica mentosa.

**OBJETIVOS ESPECIFICOS:**

Determinar las cifras de T.A. en pacientes con HTAS leve descontrolada por transgresión dietética.

Determinar las cifras de T.A. en pacientes con HTAS leve descontrolada por transgresión medicamentosa.

Comparar ambos grupos.

MATERIAL Y METODOS

\*\*\*\*\* \* \*\*\*\*\*

Se realizó un estudio de tipo de la Encuesta Comparativa Descriptiva.

Se tomó como población a los pacientes hipertensos, que acudieron al servicio de urgencias del HGZ # 30 del I.M.S.S. por HTAS descontrolada, durante el período comprendido entre los meses de octubre a diciembre de 1990.

Se elaboró una encuesta que fue aplicada a cada uno de los pacientes, la cual se anexa al final de este trabajo, y que consta de una serie de preguntas encaminadas a investigar si la causa de descontrol de la hipertensión arterial fue por transgresión dietética o medicamentosa, el tipo de ésta, las cifras tensionales que los pacientes presentaron a su ingreso al servicio de urgencias, la frecuencia con que estos pacientes acuden a control médico y el tratamiento indicado por el médico a cada paciente, tanto dietético como farmacológico.

Fueron revisados los expedientes clínicos de los pacientes adscritos a la UMF 21 para verificar el tratamiento indicado a cada paciente, el grado de hipertensión, así como para recabar los datos que no se obtuvieron durante el interrogatorio, seleccionando una muestra de 40 pacientes (20 con transgresión dietética y 20 con transgresión medicamentosa), para lo cual se tomaron como criterios de inclusión los siguientes:

Pacientes con HTAS esencial leve descontrolada  
 Edad de 35 a 60 años  
 Menos de 10 años de evolución del padecimiento  
 Con transgresión dietética o medicamentosa  
 Adscritos a la UMF 21.

**Se excluyeron del estudio**

Pacientes con HTAS moderada o severa

Mayores de 60 años o menores de 35

Más de 10 años de evolución del padecimiento

Control dietético y medicamentoso adecuados

Pacientes con IRC, DM, cardiopatía hipertensiva, cardiopatía isquémica o EVC.

Pacientes con ambos tipos de transgresión dietética y medicamentosa.

Fueron analizados los datos obtenidos en cada grupo de pa  
cientes y posteriormente se hizo una comparación de ambos gru  
pos, encontrando los resultados que se presentan en los si---  
guientes apartados.

TABLA 1.

## DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS

Grupos de edad ( En años )	S e x o		T O T A L
	Femenino	Masculino	
35 a 40	1 (2.5%)	4 (10%)	5 (12.5%)
41 a 45	3 (7.5%)	2 (5%)	5 (12.5%)
46 a 50	6 (15%)	1 (2.5%)	7 (17.5%)
51 a 55	2 (5%)	6 (15%)	8 (20%)
56 a 60	13 (32.5%)	2 (5%)	15 (37.5%)
T O T A L	25 (62.5%)	15 (37.5%)	40 (100%)

GRAFICA No. 1

DISTRIBUCION POR EDAD DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS

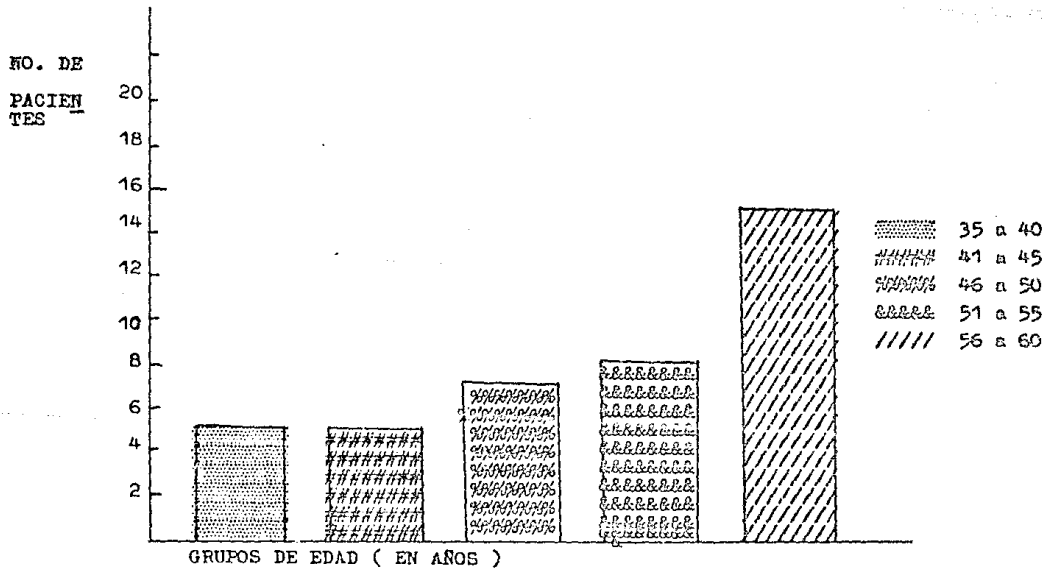




TABLA 2

DISTRIBUCION DE PACIENTES HIPERTENSOS CON TRANS  
GRESION DIETETICA POR EDAD Y SEXO.

Grupos de edad ( En años )	S e x o		T O T A L
	Femenino	Masculino	
35 a 40	0	3 (15%)	3 (15%)
41 a 45	2 (10%)	0	2 (10%)
46 a 50	3 (15%)	0	3 (15%)
51 a 55	1 (5%)	4 (20%)	5 (25%)
56 a 60	7 (35%)	0	7 (35%)
T O T A L	13 (65%)	7 (35%)	20 (100%)

GRAFICA NO. 2

DISTRIBUCION POR EDAD DE PACIENTES HIPERTENSOS CON TRANSGRESION DIETETICA

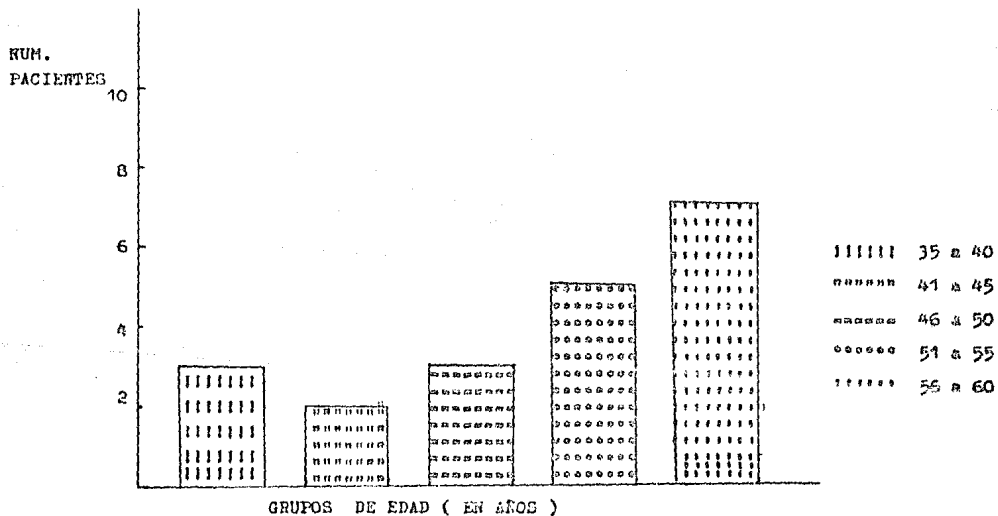


TABLA No. 3

## DISTRIBUCION POR EDAD Y SEXO DE PACIENTES HIPERTENSOS CON TRANSGRESION MEDICAMENTOSA

Grupo de edad ( En años)	S e x o		T O T A L
	Femenino	Masculino	
35 a 40	1 (5%)	1 (5%)	2 (10%)
41 a 45	1 (5%)	2 (10%)	3 (15%)
46 a 50	3 (15%)	1 (5%)	4 (20%)
51 a 55	1 (5%)	2 (10%)	3 (15%)
56 a 60	6 (30%)	2 (10%)	8 (40%)
T O T A L	12 (60%)	8 (40%)	20 (100%)

GRAFICA NO. 3

DISTRIBUCION DE PACIENTES HIPERTENSOS CON TRANSGRESION MEDICAMENTOSA POR GRUPOS DE EDAD

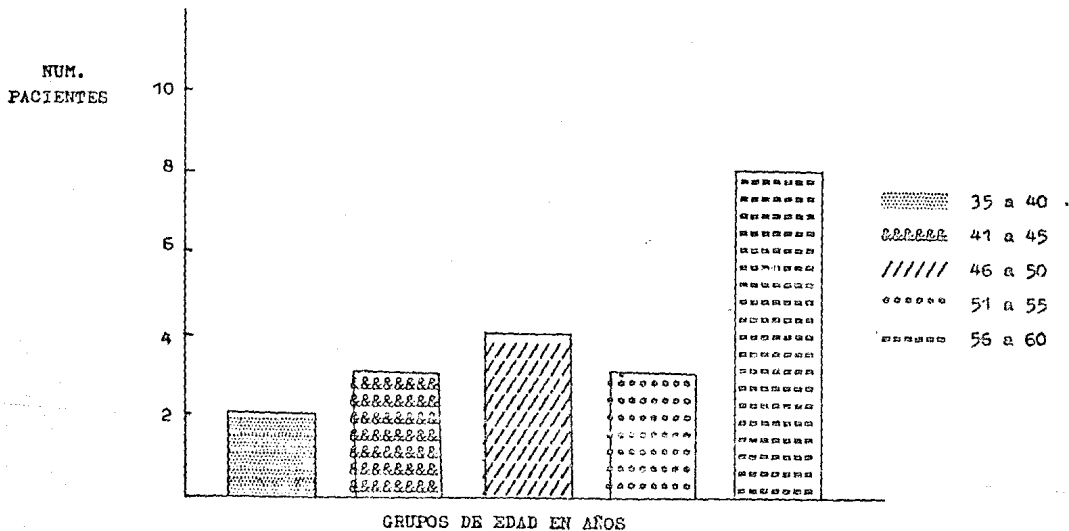
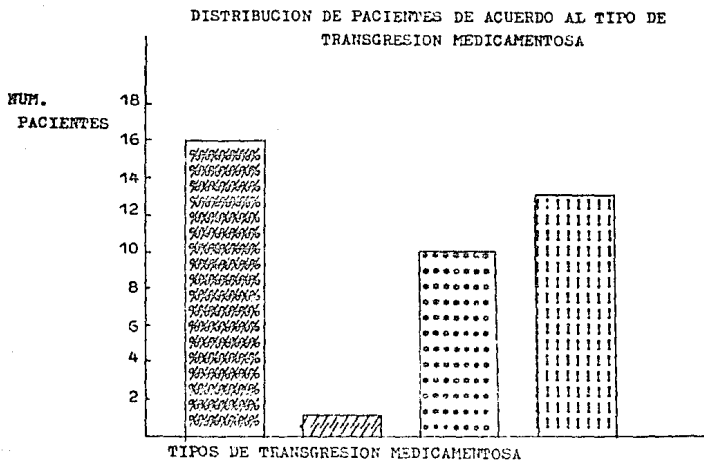


TABLA NO. 4

DISTRIBUCION DE PACIENTES DE ACUERDO AL TIPO DE TRANSGRESION MEDICAMENTOSA

SUSPENSION DEL TRATAMIENTO		AUTOMEDICACION	INGESTION DE DOSIS DISTINTA A LA PRESCRITA		IRREGULARIDAD EN LA TOMA DE MEDICAMENTOS	
Con autoriza-- ción médica	Sin autoriza-- ción médica		Mayor	Honor	Horario	Solo cuando tie- ne sintomas
2	14	1	1	9	4	9

GRAFICA NO. 4



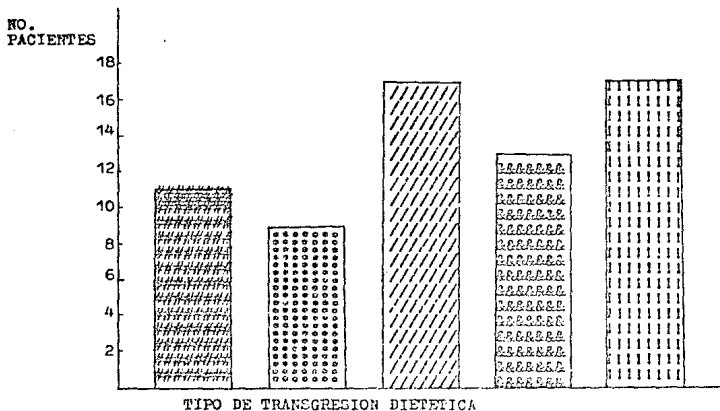
- ~~~~~ Suspensión del tratamiento  
 ///// Automedicación  
 ..... Ingestión de dosis distinta a la prescrita  
 !!!!! Irregularidad en la toma de medicamentos

TABLA NO. 5

DISTRIBUCION DE PACIENTES HIPERTENSOS DE ACUERDO AL TIPO DE  
TRANSGRESION DIETETICA.

Alto consu- mo de sal en los ali- mentos	Consumo no derivado de sal en los alimentos	Elevado con- sumo de pro- ductos lác- teos	Alto consu- mo de pro- ductos pro- cesados	Obesidad (Sobrepeso mayor del 10% peso ideal)
11	9	17	13	17

DISTRIBUCION DE PACIENTES HIPERTENSOS DE ACUERDO AL TIPO DE TRANSGRESION DIETETICA



- ##### Alto consumo de sal en los alimentos
- \*\*\*\*\* Consumo moderado de sal en los alimentos
- ///// Elevado consumo de productos lácteos
- &&&&&&& Alto consumo de productos procesados
- ||||||| Obesidad



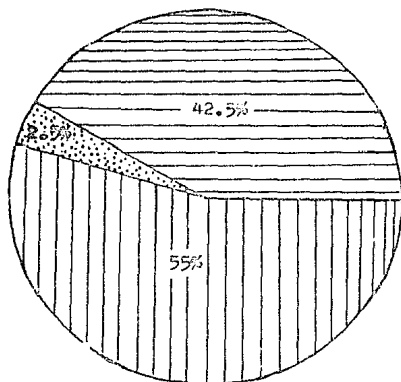
TABLA NO. 6


## DISTRIBUCION DE PACIENTES DE ACUERDO AL TIEMPO DE EVOLUCION


	Honos de 1 año	1 a 5 Años	6 a 10 Años	T O T A L
PACIENTES CON TRANSGRESION DIETETICA	1 (2.5%)	11 (27.5%)	8 (20%)	20 (50%)
PACIENTES CON TRANSGRESION MEDICAMENTOSA	0	11 (27.5%)	9 (22.5%)	20 (50%)
T O T A L	1 (2.5%)	22 (55%)	17 (42.5%)	40 (100%)

GRAFICA NO. 6

DISTRIBUCION DE PACIENTES DE ACUERDO AL TIEMPO DE EVOLUCION



 Menos de 1 año

 6 a 10 años


 1 a 5 años

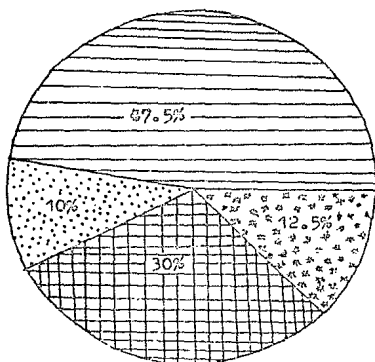
TABLA NO. 7

FRECUENCIA CON QUE LOS PACIENTES ACUDEN A CONTROL MEDICO

	MENSUAL	CADA 2 MESES	CUANDO PRE SENTAN SIM TOMAS	CUANDO RE QUIEREN MEDICAMEN TO	T O T A L
PACIENTES CON TRANSGRESION DIETETICA	11 (27.5%)	4 (10%)	3 (7.5%)	2 (5%)	20 (50%)
PACIENTES CON TRANSGRESION MEDICAMENTOSA	8 (20%)	0	9 (22.5%)	3 (7.5%)	20 (50%)
T O T A L	19 (47.5%)	4 (10%)	12 (30%)	5 (12.5%)	40 (100%)

GRAFICA NO. 7

## FRECUENCIA CON QUE LOS PACIENTES ACUDEN A CONTROL MEDICO



MENSUAL



CADA 2 MESES



CUANDO PRESENTAN SINTOMATOLOGIA



CUANDO REQUIEREN MEDICAMENTO

TABLA NO. 8

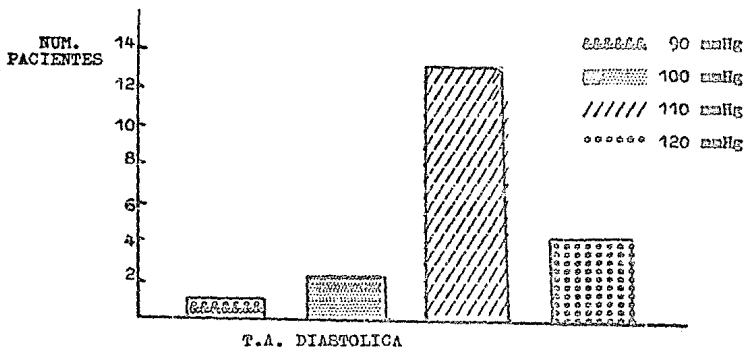
CIFRAS DE LA T.A. DIASTOLICA OBSERVADAS

	CIFRAS DE T.A. DIASTOLICA																			
PACIENTES CON TRANSGRESION DIETETICA	120	100	110	120	110	110	90	110	110	110	110	110	110	100	110	110	120	110	110	120
PACIENTES CON TRANSGRESION MEDICAMENTOSA	100	90	110	100	100	100	90	110	100	100	100	100	90	90	100	100	110	110	100	90

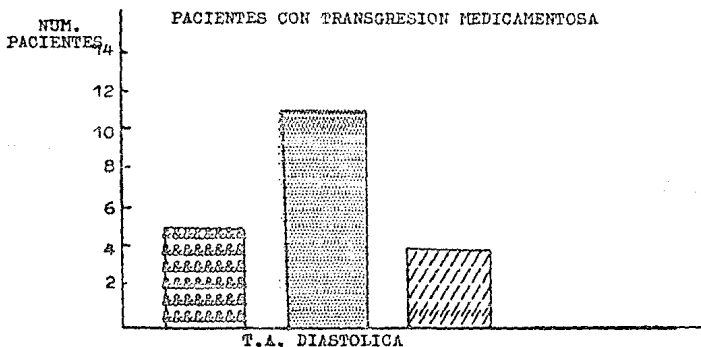
GRAFICA NO. 8

CIFRAS DE T.A. DIASTOLICA OBSERVADAS EN LOS PACIENTES

PACIENTES CON TRANSGRESION DIETETICA



PACIENTES CON TRANSGRESION MEDICAMENTOSA



### ANALISIS DE RESULTADOS

\*\*\*\*\*

De los 40 pacientes estudiados el 62.5% (25 pacientes) fue ron de sexo femenino y el 37.5% (15 pacientes) de sexo masculino. Respecto a los grupos de edad, el mayor porcentaje correspondió a los pacientes de 56 a 60 años (Tabla 1).

En cuanto al tipo de transgresión, dietética o medicamento sa, no se encontró diferencia entre sexo y edad, ya que en ambos grupos de pacientes los mayores porcentajes correspondieron a pacientes de sexo femenino de 56 a 60 años de edad (Tablas 2 y 3).

En lo referente al tiempo de evolución del padecimiento, - en el 55% de los pacientes la evolución fue de 1 a 5 años, (42.5% de 6 a 10 años, encontrando solo 1 paciente con menos de 1 año de evolución. (tabla 6).

El tipo de transgresión medicamentosa que se observó con mayor frecuencia fue la suspensión del tratamiento, la cual se presentó en 14 pacientes quienes suspendieron el tratamiento - sin autorización médica y en 2 pacientes a los que les fue suspendido el tratamiento por parte del médico. La automedicación se presentó solo en un paciente y con similar frecuencia se presentaron la irregularidad en la toma de medicamentos y la ingestión de una dosis distinta del medicamento de la prescrita por el médico, encontrando que 9 pacientes solo toman el medicamento cuando presentan sintomatología ingiriendo una dosis menor de la prescrita por el médico (Tabla 4).

De los tipos de transgresión dietética presentados por los pacientes, se observó que la obesidad es la más frecuente, además del alto consumo de sal en la dieta, ya sea durante la preparación de los alimentos o al ingerirlos. (Tabla 5).

En lo referente al control médico se encontró gran diferencia entre el grupo de pacientes con transgresión dietética y los pacientes con transgresión medicamentosa, observando que -

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

en el primer grupo el 27.5% de los pacientes acuden a control médico mensualmente, mientras que en el grupo de pacientes con transgresión medicamentosa el 30% de los pacientes acuden a -- control médico solo cuando presentan sintomatología o requie-- ren medicamento. (Tabla 7).

En las cifras de T.A. diastólica que presentaron los pacientes a su ingreso al servicio de urgencias, se observó mayor -- descontrol de los pacientes con transgresión dietética que aquellos con transgresión medicamentosa.

Para valorar los resultados obtenidos en este estudio se -- aplicó como prueba estadística la t de Student, encontrando -- un alfa menor de 0.0005, por lo cual es estadísticamente significativo, aceptando la hipótesis.



## D I S C U S I O N

Los resultados obtenidos en el presente estudio concuerdan con algunos otros estudios, en los que se refiere la influencia del tratamiento no farmacológico en el control de los pacientes con hipertensión arterial sistémica, en los cuales se mencionan entre otras medidas dietéticas la reducción de peso y la disminución de la ingesta de sal en la dieta, con lo cual se ha demostrado un descenso de las cifras de la tensión arterial, encontrando en nuestros pacientes que la mayoría presentan un sobrepeso importante y un elevado consumo de sal en los alimentos, durante su preparación o al ingerirlos, lo que podría ser la causa directa del descontrol de los pacientes hipertensos.

Así mismo se ha mencionado en la literatura la apatía que existe por parte de médicos y pacientes hacia este padecimiento, observando en este estudio, que los pacientes suspenden el tratamiento por tiempo indefinido, o lo toman en forma muy irregular, hasta que presentan sintomatología por el descontrol de las cifras tensionales, acudiendo a control médico solo cuando presentan sintomatología o cuando requieren medicamento, además se observó también la suspensión del tratamiento por parte del médico, con lo cual se observó que efectivamente ni los pacientes ni los médicos han dado a este padecimiento la importancia necesaria para mejorar su diagnóstico y control y con ello disminuir su morbi-mortalidad.

## C O N C L U S I O N E S

- 1.- La HTAS tiene gran repercusión en la salud de la población
- 2.- Existe poca información de los pacientes acerca del padecimiento.
- 3.- La transgresión dietética es causa frecuente de descontrol de la HTAS.
- 4.- Los pacientes llevan en forma inadecuada su tratamiento - tanto dietético como farmacológico.
- 5.- La frecuencia con que los pacientes acuden a control médico es muy irregular.
- 6.- La mayoría de los pacientes no muestran interés en el control adecuado de su padecimiento, lo que fomenta el abandono o irregularidad del tratamiento.

## ALTERNATIVAS DE SOLUCION

\*\*\*\*\*

La primera alternativa de solución y quizás la más importante es la educación continua de los pacientes, informándoles acerca de lo que es el padecimiento, su evolución y sus complicaciones para tratar de concientizarlos sobre la importancia de llevar adecuadamente su tratamiento y acudir regularmente a control médico, aunque no presenten síntomas, responsabilizándolos de su salud, para mejorar su esperanza de vida.

Fomentar la participación en el control de los pacientes hipertensos, no solo del médico, también de los servicios de trabajo social y dietología, para incrementar las medidas educativas y dietéticas en los pacientes como parte del tratamiento.

Que los médicos incrementen las medidas no farmacológicas como parte integral del tratamiento de la Hipertensión arterial sistémica.

Mejorar la relación médico-paciente, para lograr una atención médica integral, más eficaz, y de mayor calidad.

## B I B L I O G R A F I A

- 1.- Kaplan NM. Hipertensión clínica. 2a. ed. México: Editorial Manual Moderno, 1987: 55-137.
- 2.- Badui E, Espinoza RJ, Martínez GL. Bases para el tratamiento de la hipertensión arterial. En: Apoyos para la atención médico-familiar. 1a. ed. México: IMSS, 1989: 8-43.
- 3.- Dzau VJ. Recommendations of the adult treatment panel of the National Cholesterol Education Program. Implications for the management of hypertension. Hypertension 1988; 12: 471-3.
- 4.- Grimm HR, Neston JD, Elmer PJ, et al. The influence of oral potassium chloride on blood pressure in hypertensive men on a low-sodium diet. N Engl J Med 1990; 322: 569-73.
- 5.- Kesteloot H, Joossens JV. Relationship of dietary sodium, potassium, calcium and magnesium with blood pressure. Belgian Interuniversity Research on Nutrition and Health. -- Hypertension 1988; 12: 594-8.
- 6.- Australian National Health and Medical Research Council - Dietary Salt study management Committee. Descenso de la presión arterial tras una reducción discreta de la ingesta dietética de sal en la hipertensión leve. Lancet (Ed. Esp.) 1989; 15: 5-8.
- 7.- Berglund A, Anderson OK, Berglund G, Fagerberg B. Antihypertensive effect of diet compared with drug treatment in obese men with mild hypertension. Br J Med 1989; 399: 480-5
- 8.- Witteman JCM, Willett WC, Stampfer MJ, et al. A prospective study of nutritional factors and hypertension among US women. Circulation 1989; 80: 1320-6.
- 9.- Velázquez LJ. Hipertensión arterial y obesidad. Bol Med - Hosp Inf Mex 1990; 47: 139-41.
- 10.- Gómez SJC, Moreno AL, Méndez UR, Alba LA, Argette RA, Aparicio CA. Asociación entre peso y tensión arterial en estudiantes universitarios. Bol Med Hosp Inf Mex 1990; 47: 142-5.

- 11.- Rocchini AP, Key J, Bondie D, et al. The effect of weight loss on sensitivity of blood pressure to sodium in obese adolescents. *N Engl J Med* 1989; 321: 580-5.
- 12.- Luft FC. Salt and hypertension: Recent advances and perspectives. *J Lab Clin Med* 1989; 114: 215-21.
- 13.- Parillo M, Coulston A, Hollenbeck C, Reaven G. Effect of a low fat diet on carbohydrate metabolism in patients -- with hypertension. *Hypertension* 1988; 11: 244-7.
- 14.- Anónimo. Sal y presión arterial: el siguiente capítulo. *Lancet (Ed. Esp.)* 1989; 15: 253-5.
- 15.- Schimioder RE, Messorli FH, Garavaglia GE, Nunez BD. --- Dietary salt intake. A determinant of cardiac involvement in essential hypertension. *Circulation* 1988; 78: 951-5.
- 16.- Sowers JR, Zemel MB, Zemel P, Beck FJ, Walsh MF, Zawada ET. Salt sensitivity in blacks. Salt intake and natriuretic substances. *Hypertension* 1988; 12: 485-9.
- 17.- Intersalt Cooperative Research Group. Intersalt: an international study of electrolyte excretion and blood pressure. Results for 24 hour urinary sodium and potassium excretion. *Br Med J* 1988; 297: 319-28.
- 18.- Krishna GG, Miller E, Kapoor S. Increased blood pressure during potassium depletion in normotensive men. *N Engl J Med* 1989; 320: 1177-82.
- 19.- Kaplan NM, Ram CU. Potassium supplements for hypertension. *N Engl J Med* 1990; 322: 623-4.
- 20.- Lawton WJ, Sinkey CA, Fitz AE, Mark AL. Dietary products abnormal renal vasoconstrictor responses to upright posture in borderline hypertensive subjects. *Hypertension* - 1988; 11: 529-36.

## ENCUESTA APLICADA A PACIENTES HIPERTENSOS

NOMBRE: \_\_\_\_\_  
 NO. DE AFILIACION: \_\_\_\_\_ UMF: \_\_\_\_\_ CONSULTORIO: \_\_\_\_\_  
 SEXO: H \_\_\_\_\_ M \_\_\_\_\_ EDAD: \_\_\_\_\_ AÑOS TIEMPO DE EVOLUCION: \_\_\_\_\_  
 PESO: \_\_\_\_\_ Kg TALLA: \_\_\_\_\_ cm T.A.: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ mmHg

- 1.- EN SU CASA ¿PREPARAN UN MENU PARA USTED Y OTRO PARA EL RESTO DE LA FAMILIA?  
 SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 2.- ¿ AGREGA SAL A LOS ALIMENTOS DURANTE SU PREPARACION ?  
 SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 3.- ¿ AGREGA SAL A LOS ALIMENTOS EN LA MESA AL INGERIRLOS ?  
 SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 4.- ¿ CUANTAS VECES A LA SEMANA COME QUESOS, MANTEQUILLA, CREMA O ALGUN OTRO PRODUCTO LACTEO ?  
 \_\_\_\_\_
- 5.- ¿ CUANTAS VECES A LA SEMANA CONSUME PRODUCTOS ENLATADOS, -- CARNES PRIAS U OTROS ALIMENTOS PROCESADOS ?  
 \_\_\_\_\_
- 6.- ¿ QUE TIPO DE DIETA LE HA INDICADO EL MEDICO ?  
 \_\_\_\_\_
- 7.- ¿ POR QUE NO LLEVA LA DIETA INDICADA POR EL MEDICO ?  
 \_\_\_\_\_
- 8.- ¿ QUE MEDICAMENTOS TOMA PARA EL CONTROL DE SU PRESION ARTERIAL ? ¿ Y COMO LOS TOMA ? (HORARIO Y DOSIS)
- | MEDICAMENTO | HORARIO | DOSIS |
|-------------|---------|-------|
| _____       | _____   | _____ |
| _____       | _____   | _____ |
| _____       | _____   | _____ |

- 9.- ¿ HA TOMADO ALGUN MEDICAMENTO PARA CONTROL DE SU PRESION ARTERIAL QUE NO LE HAYA RECETADO EL MEDICO ?  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 10.- QUE MEDICAMENTO Y COMO LO TOMO ?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 11.- ¿ POR QUE TOMO ESE MEDICAMENTO ?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 12.- ¿ HA SUSPENDIDO EL TRATAMIENTO ?  
SI \_\_\_\_\_ NO \_\_\_\_\_
- 13.- ¿ POR CUANTO TIEMPO SUSPENDIO EL TRATAMIENTO ?  
\_\_\_\_\_
- 14.- ¿ POR QUE LO SUSPENDIO ?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
- 15.- ¿ CON QUE FRECUENCIA ACUDE A CONTROL MEDICO PARA SU PRESION ARTERIAL ?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

TRATAMIENTO INDICADO: