

65
2ej 11226



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

Facultad de Medicina
División de Estudios de Postgrado
Instituto Mexicano del Seguro Social
Unidad de Medicina Familiar No. 75
Jefatura de Enseñanza e Investigación

CONOCIMIENTOS SOBRE LA HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA POR EL PACIENTE Y LA INFLUENCIA EN SU CONTROL

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

Dr. Carlos Robles Vera



I.M.S.S.

México, D. F.

1990

FALLA DE ORIGEN



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.

C O N T E N I D O

| | | |
|-----|--------------------|---------|
| I | INTRODUCCION | pag. 1 |
| II | MATERIAL Y METODOS | pag. 12 |
| III | RESULTADOS | pag. 14 |
| IV | BIBLIOGRAFIA | pag. 20 |
| V | ANEXOS | pag. 22 |

I - INTRODUCCION.

La hipertensión arterial merece atención desde el punto de vista de la acción comunitaria por ser uno de los padecimientos crónicos importantes que afecta la salud de la población, y en el que algo se puede hacer para limitar y prolongar la aparición de complicaciones.

Los índices de mortalidad temprana, incapacidad física y morbilidad específica, no revelan la verdadera consecuencia de la enfermedad hipertensiva, ni se espera algún otro índice de salud pública que sirva de parámetro adecuado para medir la importancia del problema. (1) La razón es que, por su misma naturaleza la elevación de la presión sanguínea dentro de las arterias condiciona padecimientos cardiovasculares: accidentes cerebrovasculares por hemorragia intracraneana o trombosis arterial cerebral; insuficiencia renal; cardiopatía isquémica e insuficiencia cardíaca. Si bien éstos pueden considerarse como sus complicaciones, no son su consecuencia exclusiva.

La prevención de la hipertensión arterial consigna todo el esfuerzo que se haga para evitar las consecuencias que se mencionaron, mediante un control oportuno y adecuado de las cifras de

presión arterial. Sin embargo, existen dificultades para lograr este control, dificultades que son propiciadas por los mismos sistemas de asistencia médica, las más frecuentemente observadas son: gradual pérdida de interés, tanto por el enfermo como por el médico; descuido de las normas de control por adaptación del paciente a padecer la enfermedad, por preferir sufrir la enfermedad con sus riesgos, a tener las molestias de cuidar las recomendaciones médicas; diserción de las visitas médicas en forma periódica, que frecuentemente su horario es incompatible con las actividades cotidianas del paciente. Todo ello conduce indefectiblemente al abandono del tratamiento antihipertensivo, con el consecuente no control de la enfermedad.

La afectación multiorgánica de la hipertensión arterial sistémica nos obliga a realizar actividades encaminadas a hacer conciencia del problema y mejorar el apego terapéutico, parámetros que combinados en forma adecuada nos ayudarán a combatir con mayor eficacia a este no pequeño y sigiloso enemigo.

La hipertensión arterial sistémica designa un aumento de la presión de la sangre sobre la pared de las arterias, corresponde a una enfermedad de etiología múltiple y patogénica multifactorial. Se caracteriza clínicamente por un aumento de la pre

sión arterial diastólica por arriba de los 90 mm Hg. (2)

La clasificación de la hipertensión describe; hipertensión arterial esencial e hipertensión arterial secundaria. De la primera se desconocen sus factores desencadenantes, así como su etiología, conociéndose sin embargo su predominio, en un porcentaje de más del 90 % de todos los casos de hipertensión. De la segunda, se conoce es originada por trastornos de tipo renovascular, suprarrenal, endócrino, obstructivo y neurógeno. (3). -- Con respecto a sus etapas evolutivas se clasifica en benigna y maligna. De la hipertensión arterial benigna se han descrito: - el paciente hiperreactor, quien es una persona joven con oscilación de sus cifras tensionales, no propiamente hipertenso pero si con mayores probabilidades de serlo; la hipertensión arterial leve, que se define por una presión arterial diastólica de 90 a 104 mm Hg. y se acompaña de manifestaciones clínicas inespecíficas; la hipertensión arterial moderada, con cifras de presión arterial diastólica entre 105 a 114 mm Hg. con afectación a órganos blanco y acompañada de manifestaciones clínicas específicas; de la hipertensión arterial maligna, se ha descrito la hipertensión arterial grave, con cifras tensionales diastólicas mayores de 115 mm Hg. y acompañada de signología específica, pu

diendo llegar inclusive a la presencia de crisis convulsivas y coma. (4)

Las complicaciones tardias de la hipertensión arterial sistémica son derivadas de la afectación prolongada a órganos blancos como son: corazón, riñones, cerebro y arteriolas, de lo cual se derivan: insuficiencia cardíaca, insuficiencia coronaria, insuficiencia renal, encefalopatía hipertensiva y aterosclerosis (5)

La educación adecuada del paciente es un elemento esencial del plan terapéutico, ya que fomenta su colaboración. El médico debe insistir además en que; los síntomas son indicadores poco confiables de la gravedad de la enfermedad, habitualmente se requiere de un tratamiento indefinido y el pronóstico mejora con un tratamiento adecuado.

El tratamiento no farmacológico comprende la disminución de peso en los pacientes cuyo peso supere el 115 % del peso ideal y la restricción moderada de sodio a menos de 2-5 gr. al día. Pueden ser útiles además, el ejercicio isotónico regular, la disminución de la ingesta excesiva de alcohol y las técnicas de reducción del estrés. Asimismo es muy importante identificar los demás factores de riesgo cardiovascular, a saber: antecedentes

tes familiares de enfermedad cardiovascular, sexo masculino, - cifras altas de colesterol sérico, diabetes mellitus y tabaquismo. (5)

Con respecto al tratamiento farmacológico en la hipertensión arterial sistémica, recientemente la Organización Mundial de la Salud publicó algunos puntos orientadores al respecto: tratar farmacológicamente a los pacientes con cifras de presión arterial diastólica mayores de 100 mm Hg. Cuando las cifras de presión arterial diastólica oscilen entre 90 - 100 mm Hg. recurrir a las medidas generales y revisar los casos en 3 meses, si las cifras se mantienen por debajo de 90 mm Hg. continuar con medidas generales y control periódico, pero si las cifras se encuentran por arriba de 95 mm Hg. iniciar el tratamiento farmacológico. (6) El tratamiento farmacológico se agregará a las medidas no farmacológicas si el enfermo presenta además, falta de respuesta a las modalidades no medicamentosas, lesión de órganos blanco y factores de riesgo mayores para enfermedad vascular coronaria.

El grupo de medicamentos utilizados en la hipertensión arterial sistémica, son en el siguiente orden de importancia y utilización: a) los diuréticos: los diuréticos tiazídicos como -

la clorotiacida y la hidrociorotiacida constituyen la base del tratamiento farmacológico antihipertensivo puesto que son eficaces cuando se emplean en forma aislada y por lo general son -- bien tolerados, además limitan el efecto de retención de líquidos asociado a otros antihipertensivos. Las tiacidas no son muy eficaces si la tasa de filtración renal es menor de 25 ml/minuto, requiriendo en estas situaciones la utilización de medicamentos más potentes, como los diuréticos de asa, la furosemide que es el medicamento de elección en las urgencias hipertensivas. La utilización de diuréticos ahorradores de potasio, como la espironolactona y el triamtereno puede considerarse cuando sea necesario mantener niveles normales de potasio en suero, como el caso de pacientes sometidos a tratamiento con digital o que presenten arritmias, se trata de diuréticos relativamente débiles y por lo tanto se utilizan generalmente como tratamiento coadyuvante a un diurético más potente. b) antagonistas de los receptores beta; los bloqueadores betaadrenérgicos como el propranolol y el metoprolol estan indicados en el tratamiento antihipertensivo inicial de pacientes jóvenes con amplitud del pulso diferencial y taquicardia, y en pacientes con cardiopatía isquémica, especialmente si han padecido un infarto agudo del

miocardio previo. La combinación de un bloqueador betaadrenérgico y un diurético tiacídico permite controlar un 85 % de los casos de hipertensión leve a moderada. c) antagonistas de los receptores alfa; los antagonistas alfaadrenérgicos como la fexofenotadina y la fentolamina se utilizan fundamentalmente en el tratamiento pre o intraoperatorio del feocromocitoma, la prazosina puede ser útil en la hipertensión arterial moderada. d) inhibidores adrenérgicos de acción central; aunque se desconoce exactamente cual es el papel del sistema nervioso simpático en la génesis y mantenimiento de la hipertensión arterial esencial la supresión no selectiva de la actividad adrenérgica neural -- contribuye a controlar eficazmente la presión arterial, la metildopa y la clonidina estimulan los receptores adrenérgicos -- del sistema nervioso produciendo una disminución secundaria de la actividad simpática periférica. e) inhibidores adrenérgicos de acción periférica; la reserpina produce una inhibición directa del flujo simpático al deplecionar la noradrenalina tanto a nivel periférico como nivel central, la guanetidina produce una inhibición periférica directa de la actividad nerviosa simpática y depleciona las reservas hísticas de noradrenalina disminuyendo así su liberación. f) vasodilatadores directos; la hidra-

lacina produce vasodilatación directa aumentando el flujo sanguíneo de los lechos coronario, esplácnico, cerebral y renal, - el minoxidilo se utiliza generalmente para el tratamiento de la hipertensión grave o refractaria en especial en pacientes con - insuficiencia renal. g) inhibidores de los canales de calcio; - producen vasodilatación arteriolar directa modificando el flujo a través de la membrana arteriolar de los iones calcio, los fármacos que se parecen al verapemilo tienen un efecto inotrope, - cronotrope y dromotrope negativo sobre la función cardiaca, por el contrario, aquellos que se parecen a la nifedipina no deprimen en forma negativa la función cardiaca y se pueden utilizar con seguridad combinados con bloqueadores betaadrenérgicos. -- h) inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina; el -- captopril disminuye la presión arterial reduciendo la resistencia vascular periférica sin que se modifique el gasto cardiaco, la frecuencia cardiaca o el filtrado glomerular, el mecanismo - de acción propuesto comprende la disminución de los niveles de angiotensina II que es un agente vasoconstrictor, se ha referido también un aumento de los niveles de bradiquinina y prostaglandinas vasodilatadoras. Estos fármacos son útiles en los pacientes con niveles de renina elevados e hipertensión arterial-

renovascular, así como en la hipertensión arterial refractaria - grave que se presenta en la crisis renal escleroérmica. 1) anti hipertensivos parenterales; estan indicados para reducción inmediata de la presión arterial en los pacientes con hipertensión - arterial acelerada o maligna complicada por encefalopatía, hemorragia intracraneana, aneurisma disecante de la aorta, insuficiencia renal rápidamente progresiva, arritmia cardiaca grave o eclampsia. El nitroprusiato sódico es un vasodilatador arterial y venoso de efecto directo, es el tratamiento de elección de casi todas las crisis hipertensivas, reduce rápidamente la presión arterial, se puede dosificar con facilidad y su efecto revierte rápidamente cuando se interrumpe su administración. El diazóxido es un vasodilatador arterial directo, útil como tratamiento urgente de la hipertensión arterial refractaria que requiere medidas agresivas, como en la encefalomatía hipertensiva, el medicamento produce aumento reflejo de la frecuencia y gasto cardiaco, estando contraindicado en la hipertensión arterial acompañada de infarto agudo del miocardio, aneurisma disecante de la aorta o de hemorragia intracerebral. (7) (8)

Se ha descrito un tratamiento empírico que emplea fármacos - mediante un programa de asistencia escalonado, siendo éste un mé

todo eficaz y razonable para la hipertensión arterial sistémica leve a moderada, comienza generalmente con un diurético de tipo tiazídico, ya que se ha demostrado que las tiazidas administradas en forma aislada son más eficaces que otros fármacos en los pacientes mayores de 50 años. De la misma manera los antagonistas betaadrenérgicos pueden resultar más adecuados para los pacientes hipertensos jóvenes con taquicardia y presión diferencial amplia, así como en los enfermos con cardiopatía isquémica. Posteriormente se agrega un bloqueador betaadrenérgico en los casos en que el fármaco de inicio era un diurético, y en caso inverso se agrega un diurético. En los casos en que están contraindicados los betabloqueadores se puede utilizar otro fármaco antiadrenérgico, como la clonidina, la metildopa o el prazosin. Los bloqueadores de los canales del calcio, la hidralazina y los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina son medicamentos también útiles en esta etapa. Finalmente se utilizan los vasodilatadores directos cuando la respuesta al tratamiento previo es insuficiente y la colaboración del enfermo es buena.

Cuando el médico decide modificar el tratamiento debido a una respuesta insuficiente debe considerar como posibles causas una mala colaboración del paciente, dosificación insuficiente -

del fármaco, empleo concomitante de un medicamento que interfiera en la presión arterial, retención excesiva de líquidos y ganancia de peso. (8)

Todos los padecimientos comunes en una población son problema de salud pública, puesto que afectan mayormente a sus pobladores determinando carga asistencial y demanda de atención. La hipertensión arterial sistémica es uno de estos problemas -- puesto que existen estudios que han evidenciado la prevalencia de esta patología, entre el 10 y 45 % en la población mayor de los 30 años. (9)

II - MATERIAL Y METODOS.

La realización del presente estudio se efectuó en el Hospital General de Zona No. 53 Los Reyes, y la Unidad de Medicina Familiar No. 75 Cd. Nezahualcoyotl. Subdelegación Los Reyes. Delegación Estado de México. Instituto Mexicano del Seguro Social

El tipo de estudio, retrospectivo, comparativo, observacional y transversal. Se estudiaron pacientes que reunieron los siguientes criterios de inclusión: a) no ablación con hipertensión arterial sistémica controlada y no controlada. b) derechohabientes del IMSS. c) pertenecientes al área de afluencia del HGZ 53 y UMF 75. d) edad entre el rango de 30 a 60 años. e) evolución de la enfermedad mayor de 3 años. f) que acepte ingresar al grupo de estudio. g) sin patología agregada.

76 pacientes reunieron éstos criterios de elección entre los meses de enero y febrero de 1989, siendo de ellos 38 casos con hipertensión arterial sistémica controlada y 38 casos con hipertensión arterial sistémica no controlada. Los pacientes -- fueron captados mediante la consulta externa de la UMF 75 y en el servicio de urgencias del HGZ 53. Los pacientes con hipertensión arterial sistémica no controlada fueron encuestados una --

vez que su presión arterial y estado de alerta fué óptimo.

Los datos para la elaboración del estudio se obtuvieron mediante la aplicación de la hoja encuesta (anexo 1) a cada uno de los pacientes, la cual nos indica el nivel de conocimientos que cada uno de los pacientes tiene sobre la enfermedad, siendo clasificado en alto (calificación de 8-10), medio (calificación de 5-7) y bajo (calificación de 0-4). Con respecto al control de la enfermedad se clasificó en controlado (cifras tensionales diastólicas menores de 94 mm Hg.) y no controlado (cifras tensionales diastólicas mayores de 95 mm Hg.) La aplicación de la hoja encuesta y la medición de la presión arterial fueron realizadas por el investigador mismo y utilizando un único esfigmomanómetro para todas las mediciones.

Los datos obtenidos se tabularon en frecuencias y porcentajes, realizándose también prueba de hipótesis mediante la prueba estadística Chi cuadrada y tabla de contingencia, trabajando con un nivel de significancia de 0.05 y resultando Chi cuadrada crítica igual a 4.60 .

III - RESULTADOS.

Los resultados obtenidos con respecto al conocimiento de su enfermedad por parte del total de pacientes encuestados se muestra en la tabla 1.

t a b l a 1

| nivel de conocimientos | número de casos | porcentaje |
|------------------------|-----------------|------------|
| alto | 8 | 10.5 % |
| medio | 34 | 44.7 % |
| bajo | 34 | 44.7 % |

fuentes: hoja encuesta.

Con respecto al control de la enfermedad se clasificó en - controlado y no controlado, el nivel de conocimientos de cada - grupo se muestra en la tabla 2.

t a b l a 2

| | controlados | % | no controlados | % |
|-------------|-------------|------|----------------|------|
| nivel alto | 6 | 15.8 | 2 | 5.2 |
| nivel medio | 26 | 68.4 | 8 | 21.2 |
| nivel bajo | 6 | 15.8 | 28 | 73.6 |
| t o t a l | 38 | --- | 38 | --- |

f u e n t e : h o j a e n c u e s t a .

Los datos globales se plantearon en la tabla de contingencia utilizando la variables: a) Independiente- nivel de conocimientos y b) Dependiente- control de la enfermedad.

t a b l a 3

| GRUPO | nivel de conocimientos | | | TOTAL |
|----------------|------------------------|-------|------|-------|
| | alto | medio | bajo | |
| controlados | 6 | 26 | 6 | 38 |
| no controlados | 2 | 8 | 28 | 38 |
| t o t a l | 8 | 34 | 34 | 76 |

fuelle: hoja encuesta.

" valores observados "

Posteriormente se calcularon los valores esperados de acuerdo al planteamiento de la fórmula Chi cuadrada.

t a b l a

4

| G R U P O | nivel de conocimientos | | | T O T A L |
|----------------|------------------------|-------|------|-----------|
| | alto | medio | bajo | |
| controlados | 4 | 17 | 17 | 38 |
| no controlados | 4 | 17 | 17 | 38 |
| t o t a l | 8 | 34 | 34 | 76 |

fuelle: hoja encuesta.

" valores esperados "

Una vez obtenidos los valores observados y los valores esperados se procedió a realizar las operaciones según la fórmula de la Chi cuadrada.

fórmula Chi cuadrada:
$$\chi^2 = \frac{(o_{ij} - E_{ij})^2}{E_{ij}}$$

sustituyendo valores queda:

$$\chi^2 = \frac{(6-4)^2}{4} + \frac{(26-17)^2}{17} + \frac{(6-17)^2}{17} + \frac{(2-4)^2}{4} + \frac{(8-17)^2}{17} + \frac{(28-17)^2}{17}$$

resultando:

$$\chi^2 = 25.6 \quad \text{y} \quad \text{Chi cuadrada crítica} = 4.60$$

por lo tanto:

χ^2 experimental es mayor que χ^2 crítica.

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

IV - CONCLUSIONES.

Cualquier ascenso de la presión arterial diastólica por -- arriba de los 90 mm Hg. aún cuando sea pasajero y ocurra dentro de las edades joven y medianas de la vida, debe ser interpretado como un toque de alarma, ya que a partir de este instante puede observarse un aumento posterior de la presión arterial sistémica

La hipertensión arterial sistémica como enfermedad de origen multifactorial, de afectación multiorgánica y por su alta incidencia en la población está contemplada como problema de salud pública y por lo tanto integrada a programas intensivos de detección y tratamiento. Se ha establecido que un mínimo porcentaje de la población que padece la enfermedad tiene conocimientos sobre ella, y más aún, que estos conocimientos aunque sean mínimos favorecen a un mejor control de la enfermedad. El enfermo debe conocer plenamente la gravedad y repercusión multiorgánica de la enfermedad, saber que la sintomatología presente es poco confiable con respecto a la gravedad de la afectación. Asimismo es también importante que el enfermo conozca que habitualmente la enfermedad requiere de un tratamiento indefinido y que el pronóstico de la enfermedad mejora con un adecuado control.

V - BIBLIOGRAFIA.

- 1 .- Hipertensión arterial: prevención y control a nivel comunitario. modelo para un plan de acción. Rafael Chávez Domínguez.- Archivos del Instituto Nacional de Cardiología. México. vol 50-1980. p. 101- 105.
- 2 .- Agustí Vidal; Erill Sáez; Espinos Pérez; Lience Duran; Ribas Mundó; Medicina Interna. Barcelona España. Editorial Marin-1978. p.577
- 3 .- Petersdorf; Adams; Braunwald; Isselbacher; Martin and Wilson; Principios de Medicina Interna. Edo de México. Editorial - Mc. Graw- Hill de México 1986. p. 2055.
- 4 .- Universidad Nacional Autónoma de México. Facultad de Medicina. Secretaria de Internado y Servicio Social. Unidad Didáctica I. Hipertensión Arterial. p. 117- 161.
- 5 .- J. J. Freitag; L.W. Miller; Manual de Terapéutica Médica - Barcelona España. Editorial Salvat 1982. p. 220.
- 6 .- Memorandum from a who/ ish meeting/ guidelines for the -- treatment of mild hypertension. Hypertension. vol 5. 1983.
- 7 .- Tratamiento de la hipertensión arterial. Consideraciones - clínicas y farmacológicas. Silva Orrego; Vicente Vera; Gual Julia y F. Gabbai. Archivos del Instituto de Cardiología de Méxi-

co. vol 57. 1987.

8 .- Matthew J. Orland; Robert J. Saltman: Manual de Terapéutica Médica. México. Editorial Salvat. 1989. p. 65- 79.

9 .- La hipertensión arterial y el procedimiento en la encuesta Rafael Chávez Domínguez. Archivos del Instituto de Cardiología de México. vol 56. 1986.

10.- Enrique Portilla Chimal; Estadística primer curso. México. Editorial Interamericana 1983.

11.- W. Daniel; Estimación del tamaño de la muestra. Bioestadística, bases para el análisis de las ciencias de la salud. México. Editorial Limusa 1982.

12.- Documenta Geigy. Límites de significancia de la distribución Chi cuadrada. Editorial Basilea 1965.

VI - ANEXOS.

Hoja encuesta:

- 1.- La hipertensión arterial sistémica es:
 - a) aumento de la presión del cerebro.
 - b) aumento de la presión de la sangre.
 - c) aumento de la presión del corazón.
- 2.- La cifra normal de la presión arterial es:
 - a) 300/ 150 mmHg.
 - b) 200/ 100 mmHg.
 - c) 120/ 80 mmHg.
- 3.- Las molestias que el enfermo con presión alta sufre son:
 - a) dolor de cabeza y zumbidos de oídos.
 - b) desmayo y mareos.
 - c) hinchazón y dolor de pies.
- 4.- El enfermo con alta presión debe acudir con su médico cada:
 - a) un año.
 - b) un mes.
 - c) que se sienta enfermo.
- 5.- Son factores que facilitan la presencia de alta presión:
 - a) tabaquismo.
 - b) obesidad.
 - c) edad adulta.
- 6.- Lo cierto con respecto a la hipertensión arterial es:
 - a) cura a los 5 años si es bien controlada.
 - b) cura al primer año si es bien controlada.
 - c) no cura, solo se logra controlar.
- 7.- La dieta del enfermo con alta presión debe ser:
 - a) rica en grasas y rica en azúcar.
 - b) pobre en sal y pobre en grasas.
 - c) rica en sal y con abundantes líquidos.

- 8.- El enfermo con alta presión, para su adecuado control debe:
- a) tomar diariamente sus medicamentos.
 - b) reducir la toma de sal.
 - c) reducir de peso.
- 9.- Un estado de gravedad causado por mal control de la alta presión es:
- a) hemorragia cerebral.
 - b) hemorragia nasal.
 - c) dolor de cabeza muy intenso.
- 10.- Un enfermo con hipertensión arterial adecuadamente controlada puede hacer su vida normal ?
- a) si
 - b) no