



11226
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA 46
DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA
DIVISION DE ESTUDIOS DE
POSGRADO E INVESTIGACION
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS
SOCIALES PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO
UNIDAD ACADÉMICA
CLINICA ORIENTE

HIPERTENSION ARTERIAL CAUSAS MAS FRECUENTES
DE DESCONTROL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

T R A B A J O
QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA
DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR
P R E S E N T A :
DR. JOSE ANTONIO GAMUNDI VAZQUEZ

FALLA DE ORIGEN

ASESOR: DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES



ISSSTE

MEXICO, D. F.

SEPTIEMBRE 1995



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.

TITULO DEL TRABAJO


HIPERTENSION ARTERIAL CAUSAS MAS FRECUENTES DE
DESCONTROL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS

QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR


PRESENTA:

DR. JOSE ANTONIO GAMUNDI VAZQUEZ

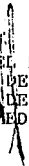
AUTORIZACIONES



DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA
COORDINADOR DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO
DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



DRA. MARIA DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.


TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER EL
DIPLOMA DE ESPECIALIDAD EN MEDICINA FAMILIAR

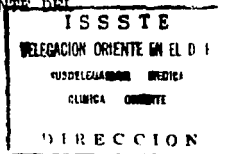
PRESENTA:


DR. JOSE ANTONIO GAMUNDI VAZQUEZ

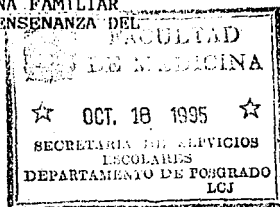
TITULO

HIPERTENSION ARTERIAL CAUSAS MAS FRECUENTES DE
DESCONTROL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.


DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
COORDINADOR DEL CURSO DE ESPECIALIDAD EN
MEDICINA FAMILIAR EN LA CLINICA ORIENTE DEL
I.S.S.S.T.E.
~~ASESOR DE TESIS~~




DR. HECTOR GABRIEL ARTRAGA ACEVES
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
DE LA JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL
I.S.S.S.T.E.



AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer a mi maestro y asesor de tesis, el DR. ---
Isaías Hernández Torres, por todas sus enseñanzas y por la ---
paciencia que siempre me ofreció, mi reconocimiento pleno, a ---
mis compañeros del curso de Especialidad en Medicina Familiar.

A mi Madre Bertha, a mi esposa Luz, a mis hijos Toño y Karen
a mis hermanos, a mis sobrinos, a Oscar y su familia, a Pepe y
a Mario, y a todos y cada uno de mis amigos por el amor, el --
afecto y la amistad que siempre me han brindado.

INDICE

1.- ANTECEDENTES.....	1
2.- PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMAS.....	27
3.- JUSTIFICACION.....	28
4.- OBJETIVOS.....	30
5.- METODOLOGIA.....	32
6.- RESULTADOS.....	38
7.- ANALISIS.....	60
8.- CONCLUSIONES.....	63
9.- BIBLIOGRAFIA.....	65
10.- ANEXO 1	67

HIPERTENSION ARTERIAL CAUSAS MAS FRECUENTES DE
DESCONTROL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.

1

ANTECEDENTE.

La hipertensión arterial es la principal causa de mortalidad y morbilidad en la población adulta en los países desarrollados. A pesar de los importantes avances en el diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial, ésta sigue siendo el factor de riesgo más importante -- para las enfermedades vasculares coronaria, cerebral y renal, que causan más de la mitad del total de las muertes en Estados Unidos. Más -- de la mitad de los ataques coronarios y de las dos terceras partes de los accidentes vasculares cerebrales ocurren en personas con hipertensión arterial previa. (19)

Ha aumentado enormemente el control de millones de pacientes con --- hipertensión arterial, a causa de los adelantos que se han observado -- en varios campos de la medicina, mayor número de personas que buscan -- atención médica; mejor comprensión de la fisiopatología de las diferentes formas de la hipertensión arterial, lo que permite llegar a un --- diagnóstico más temprano y a un tratamiento más eficaz; y fármacos --- hipotensores más potentes y de más fácil administración. Aunado a ---- estos adelantos médicos, ha habido cambios en el modo de vida de los -- pacientes consistentes en disminución del tabaquismo, el alcoholismo, una dieta con menos grasas saturadas, mejores hábitos de ejercicio --- frecuente y una vida menos sedentaria, lo que en conjunto explica sin duda la disminución de la mortalidad por causas cardiovasculares desde el año de 1968, lo que ha aumentado en 3 años el promedio devida de -- los adultos y es la primera vez que se observa. En los últimos diez -- años la disminución de la mortalidad por causas cardiovasculares ha -- modificado de manera importante estas estadísticas.

Por tanto existen ciertas razones, para ser optimistas. Persisten, sin embargo, algunos problemas de importancia; 1) la gran mayoría de -- pacientes con hipertensión presentan los peligros de la enfermedad ya que a menudo no se diagnostica y menos se cura; 2) la mayor parte de -- las formas de hipertensión arterial siguen siendo idiopáticas o "esenciales", o sea, sus causas se desconocen, lo que hace imposible evitar la hipertensión arterial, y 3) en la gran mayoría de los casos, es difícil para los pacientes seguir tomando regularmente sus fármacos hipotensores por tiempo indefinido. (19)

GENETICA DE LA HIPERTENSION.

Prevalecen dos teorías acerca de los fundamentos genéticos de la hipertensión. La primera afirma que la hipertensión es una entidad patológica específica que resulta de un solo gen, con lo que la curva de presión sanguínea, en la población adulta, se desvía a la derecha. La población tiene dos distribuciones, la normal y la hipertensa, ésta última sólo con presiones sanguíneas altas. La segunda teoría afirma que la hipertensión depende de una o más anomalías de un complejo de sistemas, como los de transporte de electrólitos y los mecanismos de regulación simpática, cada uno con posibles anomalías genéticas. La expresión poligénica de la hipertensión como enfermedad ocurre cuando están presentes los genes o las combinaciones necesarias de éstos.

Al estudiar los efectos interactivos de la sensibilidad del sodio y de los antecedentes familiares de hipertensión, en negros jóvenes. - Adultos jóvenes, el índice de sensibilidad al sodio fué mayor que en una muestra de caucásicos equiparable, no hubo diferencias de presión sanguínea por grupo étnico, el antecedente familiar de hipertensión tuvo un índice mayor en negros que en caucásicos. - Los investigadores llegaron a la conclusión de que la sensibilidad al sodio interactuó con el antecedente familiar de hipertensión, un posible mecanismo causal de la reactividad excesiva sería la regulación anormal de la actividad plasmática de renina. (4)

En Bélgica se realizó un estudio de agregación familiar de la presión sanguínea. Tanto la presión sistólica como la diastólica se correlacionaron significativamente en hermanos. La correlación más importante entre progenitores y descendientes fué la del padre con el hijo varón. Importa señalar que no hubo concordancia de los valores de presión sanguínea entre el padre y las hijas. (5)

Los estudios de agregación familiar, poblacionales y de gemelos señalan efectos genéticos importantes en los valores de presión sanguínea en los niños y adolescentes. No se ha corroborado la influencia de un gen principal durante la niñez. La investigación de mecanismos poligénicos lleva al estudio de variables, como el transporte de iones y los mecanismos de reactividad, que parecen depender de efectos genéticos importantes. Los datos hacen pensar que las anomalías de estos mecanismos se relacionarían con un estado prehipertenso. (6)

Los análisis genéticos de variable única de las presiones sistólica y diastólica muestran que una porción importante de la variabilidad de estos parámetros depende de regulación genética. La relación genética entre la presión sistólica y la diastólica parecería en gran parte independiente del índice de masa corporal. Los estudios genéticos permiten dividir los factores genéticos y ambientales en la presión sanguínea, e identificar mecanismos compartidos con variables que --- antes se consideraban relacionadas en lo epidemiológico. Esta información podría constituirse en un marco de referencia para pautas de --- salud pública ideadas con el fin de disminuir la frecuencia de la hipertensión en adultos.(6)

La frecuencia, prevalencia y gravedad de la hipertensión esencial son mayores en adultos, en especial en la raza negra.

En el año de 1981 se realizó un estudio en que se comprobó una diferencia racial respecto a la reactividad cardiovascular. En reposo no hubo diferencias entre las razas y negra en cuanto a la presión sanguínea, en sujetos sanos y normotensos de seis a 18 años de edad. Sin embargo, con el ejercicio dinámico máximo hubo en negros -- valores de presión sanguínea constantemente más altos. La sensibilidad a la sal, se señala que los negros normotensos e hipertensos -- tienen mayor prevalencia de respuesta de la presión sanguínea a las cargas o depleción de sodio, en comparación con caucásicos. Se plantea una hipótesis de que hay una diferencia hereditaria (congenita) en el metabolismo del sodio. (7)

Otro parámetro que podría servir como indicador o mecanismo de ---- mayor presión sanguínea en negros es la hemodinámica ventricular ---- izquierda, valorada por ecocardiografía. Las diferencias entre negros y caucásicos en los parámetros del gasto cardíaco y la resistencia -- vascular general. Los varones caucásicos tuvieron valores más altos -- de gasto cardíaco y volumen sistólico, indicativos de una resistencia vascular general más baja. Por otra parte en negros hubo una ---- resistencia vascular general más alta, que implica una diferencia --- racial en los mecanismos hemodinámicos de una población de prehipertensos. (7)

Los antecedentes familiares de hipertensión, cardiopatía isquémica o accidente cerebrovascular, se relacionan significativamente con la presión sanguínea alta en adultos jóvenes, después de los 12 años en varones y de los 14 años en mujeres. Los sujetos con antecedente familiar de hipertensión tienen valores sistólicos y diastólicos --- significativamente mayores, que los individuos sin tales antecedentes

Estudios realizados en poblaciones de adultos, la presión sanguínea alta se relaciona con accidentes cerebrovasculares, nefropatías y aterosclerosis oclusiva, en un estudio realizado se evaluó el riesgo de presión sanguínea alta en adultos jóvenes, con base en observaciones de este parámetro y otros factores durante la edad escolar, la presión sanguínea en la edad adulta se correlacionó con sus valores en la niñez, talla corporal y cambio de la categoría de peso corporal entre la niñez y la edad adulta. La obesidad en adultos se relacionó con su similar en niños, y los más obesos cuando adultos tuvieron el mayor aumento ponderal desde la niñez. Estas observaciones permiten suponer que las estrategias para prevenir la adquisición de sobrepeso durante la niñez serían útiles para evitar la hipertensión en adultos; así pues la presión sanguínea alta en la niñez y la adquisición de --- obesidad son factores predictivos importantes de presión sanguínea alta en la edad adulta.

En poblaciones de adultos se ha comprobado la importancia de los -- valores de la presión sanguínea como factor predictivo de accidente cerebrovascular, nefropatía y cardiopatía coronaria. En dichas ---- investigaciones también se ha demostrado la relación de la hipertensión con la obesidad y con otros factores de riesgo, entre éstos la --- diabetes y los valores de colesterol de lipoproteínas de baja (LDL) y alta (HDL) densidad, vida sedentaria y el estrés (9)

Los valores altos de presión sanguínea y las anomalías de lípidos se consideran factores de riesgo, separados e independientes, de arteriopatía coronaria. Cuando coexisten en la misma persona, su efecto puede ser especialmente grave. Los hipertensos con anomalías de lípidos pueden tener hasta el doble o triple de riesgo cardiovascular que los normotensos con la misma anomalía de lípidos. Esta combinación hace que su riesgo sea mayor que el promedio, en comparación con la población general. Por tanto, es importante que los hipertensos conozcan sus valores de colesterol. La coexistencia de estos dos factores de riesgo hace necesario el tratamiento médico intensivo de ambos trastornos. (10)

En este artículo se analizan las interacciones conocidas de la presión sanguínea, y colesterol de lipoproteínas de baja (C_{LDL}) y alta densidad (C_{HDL}). Una razón importante para considerar las interacciones de la presión sanguínea con los lípidos es la necesidad de comprender la patogenia de la aterosclerosis. Se describe una sucesión de cambios patológicos en la pared vascular. En primer término hay un fenómeno desencadenante, la lesión endotelial; luego aparece la estria adiposa que es una acumulación de lípidos en la pared vascular, tarde o temprano, estos cambios producen la placa aterosclerótica, cuyo crecimiento puede dar origen a estenosis vascular. (10)

Se cree que la hipertensión y el C_{LDL} tienen función sinérgica en el proceso recién mencionado. La hipertensión aumentaría las probabilidades de que ocurra el fenómeno desencadenante o la lesión vascular después se supone que el aumento de los valores de C_{LDL} es importante en la aparición de las estrias adiposas y la placa aterosclerótica la hipertensión puede aumentar el trabajo cardíaco, al hacerlo con la poscarga ventricular y estimular la hipertrofia de los ventrículos. El corazón del sujeto hipertenso requiere aumento del flujo sanguíneo coronario para aportar oxígeno que satisfaga la carga de trabajo adicional a raíz del aumento de la masa miocárdica. La presencia de las placas crea obstrucción coronaria y puede afectar el aporte del líquido vital al músculo cardíaco. De esta manera, la hipertensión y la hiperlipemia tienen una función sinérgica en cuanto a acelerar el surgimiento de arteriopatía coronaria e isquemia miocárdica. (10)

La obesidad es un problema clínico de difícil tratamiento, y uno de los trastornos nutricionales más graves y frecuentes, tiene un efecto importante en el riesgo cardiovascular, con valores altos de presiones sistólica o diastólica, con factores de riesgo: hipertrigliceridemia, hipolipoproteinemia de alta densidad (C.HDL), hipercolesterolemia total, hipertensión sistólica o diastólica, disminución de la capacidad máxima de trabajo y antecedente familiar de coronariopatía. (11)

La obesidad es la acumulación de grasa corporal en exceso de 22 y 30% del peso corporal total en varones y mujeres. Las normas de la --- proporción peso/estatura son útiles para definir la obesidad. El método por el cual se logra la reducción ponderal del peso es importante por ir aunada a una caída de la presión sanguínea. Aunque la disminución ponderal en general produjo caída de la presión sistólica/diastólica y de la frecuencia cardíaca, cuando el método de reducción ponderal incluyó el acondicionamiento físico, ocurrió el mayor descenso de la presión sistólica y la frecuencia cardíaca en reposo. (12)

El otro factor de riesgo cardiovascular importante relacionado con la obesidad es la anormalidad del perfil plasmático de lípidos, con base en el sobrepeso, hay una relación directa y significativa de la lipemia con la obesidad. La obesidad es la causa principal de hipertrigliceridemia. Además esta guarda relación frecuente con caída --- importante de los valores de colesterol de HDL. Al igual que con la presión sanguínea, las anormalidades de lípidos mejoran considerablemente después de la reducción ponderal, además de que un programa de tal reducción que incluya ejercicio y restricción de la ingesta de -- energía, producen efectos favorables en la lipemia. (13)

MEDICION DE LA PRESION ARTERIAL.

El lecho arterial que va desde las sigmoideas aórticas hasta las arteriolas de todos los tejidos constituye la ruta que siguen los nutrientes y recursos energéticos que el ventrículo izquierdo envía a las células distantes. Esta ruta tiene una estructura distinta según su proximidad al corazón, que se adapta a la modalidad cíclica de la actividad cardíaca, la cual incorpora al lecho arterial un volumen durante el período sistólico, mientras se escurre este mismo volumen a través de las arteriolas hacia los capilares durante un lapso más largo, pues incluyen los períodos sistólico y diastólico. (14)

Es fácil deducir que durante la sístole, la sangre que entra en el sistema es superior a la que sale. Esta expansión del sistema sólo es posible por la fuerza desarrollada por el ventrículo izquierdo. Su magnitud dependerá de la distensibilidad o su inversa, la elasticidad o rigidez del lecho vascular proximal y de la cantidad de sangre que simultáneamente, durante el período sistólico, se está escapando del sistema vascular a través de las arteriolas; la resistencia a este escurrimiento es lo que se denomina resistencia periférica. (14)

La fuerza desarrollada por el ventrículo izquierdo, vehiculizada por la sangre expulsada y desarrollada sobre la superficie de las estructuras arteriales es la presión arterial sistólica. La presión diastólica es la mínima a la que está sometido el lecho arterial y resulta del mínimo contenido de sangre en ese lecho antes de que se inicie la sístole del ciclo siguiente. Como las sigmoideas aórticas se han cerrado señalando el fin de la sístole, la presión diastólica mínima dependerá de la cantidad de sangre que se escurre del lecho. Los factores que se oponen a este escurrimiento se reconocen como resistencia periférica; esta resistencia periférica dependerá de la sección del lecho arteriolar y de la viscosidad sanguínea. (14)

La presión arterial media se mide planimétrica o electrónicamente - en los registros invasivos de la presión arterial y se puede calcular - en forma aproximada sumando a la presión diastólica un tercio de la -- diferencia entre presión sistólica y diastólica. Este cálculo deja de -- ser válido cuando existe bradicardia, muy probablemente por debajo de 50 latidos por minuto o cuando el pulso es muy irregular. La presión - media se utiliza para calcular la resistencia periférica como una rela - ción entre esta presión media y el volumen minuto circulatorio. La --- presión arterial normal desde el punto de vista clínico, una presión - con la cual la expectativa de vida fuese máxima, con una calidad de -- vida razonable, con cifras que no rebasaran una TA de 130/85 mmHg. --- (14)

DEFINICIONES:

La hipertensión arterial es un trastorno asintomático, cuyas manifestaciones resultan de los daños vasculares insidiosos de la elevación - incontrolada de la presión arterial. (16)

Se define como hipertensión arterial a un nivel de presión arterial suficientemente alto como para aumentar el riesgo de accidente cerebrovascular, o de patología renal o cardiovascular. (16)

Llamamos hipertensión arterial a las cifras que están por encima de los valores de normotensión, con una TA de 140/90 mm Hg o superior, -- HTA sistólica-diastólica del adulto. (15)

Hipertensión arterial esencial más del 90% de los hipertensos la --- presentan, y es una elevación de la presión arterial en ausencia de -- causa identificable alguna, de estos un 80% de los adultos con hipertensión arterial esencial presentan hipertensión arterial leve, que se define como una presión diastólica de 90/104 mm Hg, los demás pacientes tienen hipertensión arterial moderada con una presión diastólica de 105/114 mm Hg, la hipertensión arterial grave con una presión diastólica superior a 115 mm Hg, la hipertensión acelerada maligna en la cual la presión diastólica suele ser superior a 140 mm Hg. (15)

Hipertensión sistólica aislada HTS, se define por una presión sistólica superior a 160 mm Hg, y por una presión diastólica inferior a --- 90 mm Hg. (18)

La hipertensión arterial 140/90 mm Hg, es quizá el problema de salud pública más importante en los países desarrollados, ya que, es una --- enfermedad frecuente, asintomática, de fácil diagnóstico, casi siempre fácil de tratar y que a menudo causa complicaciones mortales si no se trata. (16)

Hipertensión limitrofe: se considera a los pacientes que presentan una hipertensión lábil a veces pero no siempre, presentan una presión arterial en límites superiores anormales TA 130/89 mm Hg. (17)

La hipertensión arterial no es una enfermedad aislada, sino uno de los factores de riesgo de otros trastornos cardiovasculares, que ---- incluyen la insuficiencia cardíaca y el infarto del miocardio. (19)

Se considera por hipertensión arterial a toda condición en la cual al reducir la presión arterial se consiguen estos objetivos de mayor -
sobrevida y mejor calidad. (14)

TIPOS DE HIPERTENSION ARTERIAL. (20)

I.- Hipertensión sistólica y diastólica.

A. Primaria, esencial, o idiopática

B. Secundaria

1. Renal

a. Enfermedades del parénquima renal

- 1) Glomerulonefritis aguda
- 2) nefritis crónica
- 3) Riñón poliquístico
- 4) Enfermedades del tejido conectivo
- 5) nefropatía diabética
- 6) Hidronefrosis

b. Enfermedad vascular renal

c) Tumores que secretan renina

d. Enfermedades con disminución del tejido renal

e. Retención primaria de sodio (S. de Liddle, S de Gordón.

2. Endocrina

a. Acromegalia

b. Hipotiroidismo

c. Suprarrenal

1) De la corteza suprarrenal

(a) Síndrome de Cushing

(b) Aldosteronismo primario

(c) Hiperplasia suprarrenal congénita

2) De la médula suprarrenal (Feocromocitoma)

d. Tumores extrarenales de tejido cromafín

e. Hipercalcemia

f. Exógenos

1) Estrógenos

2) Glucocorticoides

3) Mineralocorticoides (regaliz, carbenoxolona)

4) Simpaticomiméticos

5) Alimentos que contienen tiamina e inhibidores de la monoaminooxidasa

3. Coartación de la aorta

4. Hipertensión del embarazo

- 5. Neurógena
 - a. Psicógena
 - b. Aumento de la presión intracraneana
 - 1) acidosis respiratoria (por enfermedad pulmonar o del -- sistema nervioso central)
 - 2) Encefalitis
 - 3) Tumores cerebrales
 - c. Envenenamiento por plomo
 - d. Disfunción familiar del sistema nervioso autónomo
 - e. Porfiria aguda
 - f. Cuadriplejía
 - g. Posoperatoria
 - 6. Otras causas
 - a. Aumento del volumen intravascular
 - 1) Policitemia verdadera
 - 2) Posoperatoria
 - b. Quemaduras
 - c. Síndrome del carcinoide
- II. Hipertensión sistólica
- A. Aumento del gasto cardiaco
 - 1. Insuficiencia valvular aórtica
 - 2. Fístula arteriovenosa, persistencia del conducto arterioso
 - 3. Tirotoxicosis
 - 4. Enfermedad de Paget de los huesos
 - 5. Beriberi
 - 6. Estado Hipercinético de la circulación
 - 7. Anemia
 - B. Esclerosis aórtica

HIPERTENSION ARTERIAL CAUSAS MAS FRECUENTES DE
DESCONTROL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.

14

Es la alteración de la presión arterial TA, en un paciente adulto con hipertensión arterial sistémica HTA, con cifras de la presión arterial igual o superior a 140/90 mm Hg, se utilizará este parámetro se utilizará en este estudio. (15)

Mecanismos de control de la presión arterial.- Varios factores influyen en la presión arterial, comúnmente se trata de una anomalía de varios componentes, los cuatro principales son 1) volumen de líquido extracelular, 2) función renal, 3) factores vasoactivos y resistencia periférica, y 4) volumen minuto cardíaco.

CAUSAS CONOCIDAS DE DESCONTROL (FACTORES DE RIESGO) COMO SE CONVIERTE EN CAUSA: (20)

A. ANTECEDENTES GENETICOS.

Existen dos teorías acerca de los mecanismos genéticos de la hipertensión arterial, la primera es la que piensa que solo es el resultado de una entidad patológica específica de un solo gen, la segunda afirma que depende de una o más anomalías de un complejo de sistemas, resultado de los genes o de las combinaciones necesarias de estos.

B. ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES.

Antecedentes de hipertensión arterial, cardiopatía isquémica, o accidente cerebrovascular, guardan una relación importante para presentar hipertensión arterial, en relación con quien no tiene esos antecedentes.

C. Edad.

La hipertensión arterial se puede presentar desde lactantes, escolares, adolescentes, adultos jóvenes, más frecuentes en la cuarta y quinta década de la vida, cuando se presenta en la séptima década de la vida la hipertensión es sistólica y representa más gravedad.

D. RAZA.

Predomina la hipertensión en sujetos de raza negra, en relación a los demás grupos raciales, y como factores importantes se consideran la reactividad cardiovascular, la sensibilidad al sodio y la hemodinámica ventricular izquierda.

E. INGESTA DE NUTRIENTES.

Los hábitos alimenticios transmitidos de generación en generación son de suma importancia en la ingesta de calorías y de grasas animales, la deficiente ingesta de fibra vegetal que ayuda a la absorción y eliminación de las mismas.

F. OBESIDAD

Es el resultado de la acumulación de grasa corporal en exceso, 16 existe una relación directa entre lipemia y obesidad, con alguna aparición de hipertrigliceridemia, que es un factor de riesgo --- importante para presentar hipertensión arterial.

G. VIDA SEDENTARIA.

La falta de programas en los cuales se incremente la actividad -- física desde la niñez, posteriormente en la adolescencia y en la -- edad adulta, la actividad del trabajo diario con jornadas exten-- sas y la falta de hábitos para realizar actividades físicas inde-- pendentemente de la edad del paciente, llevan a una vida sedenta -- ria.

H. VARIACIONES DEL NIVEL DE ESTRES.

El estres laboral ocupa el primer lugar, posteriormente la forma de vida en las grandes ciudades, con los riesgos que implica el -- vivir en las mismas, la problemática personal y familiar juegan -- un papel importante en los mecanismos que producen estres.

I. DIABETES MELLITUS Y NEFROPATIA DIABETICA.

No se sabe si la hipertensión arterial es causao resultado de la nefropatía diabética, o es independiente de ésta, la hipertension en diabéticos pone al individuo en un riesgo mucho mayor de evolu -- ción a la nefropatía terminal, puede presentar insuficiencia --- renal progresiva y neuropatía diabética.

J. ALCOHOL.

Las personas que consumen más de 60 ml de alcohol o más de tres -- bebidas alcoholicas mezcladas por día, presentan mayor frecuencia de hipertensión arterial en comparación con las que consumen --- menos alcohol, independientemente de la edad, sexo, raza o nivel -- cultural.

K. TABAQUISMO.

El hábito de fumar cigarrillos aumenta la presión arterial, quizá debido a que la nicotina produce liberación de norepinefrina en -- las terminales nerviosas del simpático.

L. DROGAS.

Drogas como anfetaminas y cocaína pueden causar aumento de la descarga simpática, de la resistencia periférica, del volumen cardíaco.- Preparados descongestivos, fármacos para el resfío contienen agentes simpaticomiméticos que pueden elevar también la presión arterial. Los suplementos corticosteroides, tiroideos y drogas antiinflamatorias no esteroides tienen el potencial de aumentar la presión arterial o de empeorar la ya existente.

M. ANTICONCEPTIVOS ORALES Y ESTROGENOS CONJUGADOS.

Al utilizarlos como anticonceptivos y para el tratamiento de síntomas menopáusicos o para prevenir la osteoporosis, son causa de la elevación de la hipertensión arterial, y en cerca del 5% se desarrolla hipertensión arterial, los mayores aumentos se observaron durante el primer año de emplear los estrógenos conjugados.

N. HIPERTENSION DEL EMBARAZO.

Pocas son las mujeres con hipertensión arterial que se embarazan, muchas más presentan hipertensión arterial durante el embarazo, con presión diastólica superior a 84 mm Hg en cualquier momento durante el embarazo, aumenta la mortalidad fetal y aumenta masa si se acompaña de proteinuria. El criterio que más se usa es el de un aumento de la presión arterial de 30/15 mm Hg o más en terminos absolutos: una presión arterial superior a 140/90 mm Hg en dos o más ocasiones con más seis horas de diferencia. El mecanismo parece ser una vaso-dilatación general debida ala elevación de los niveles de progesterona y prostaglandinas, el riego arterial y al filtración glomerular aumentan 50% y luego al final se normalizan. El sistema renina-angiotensina aldosterona se estimula durante el embarazo a niveles dos veces superiores a los de una mujer no embarazada.(21)

OBSERVACIONES EMPIRICAS.

1.- TRASGRECION MEDICAMENTOSA.

Al paciente se le olvida la toma del medicamento, los familiares no le apoyan al recordarselo, se le terminan los medicamentos y no acude con su Médico para que se le surtan nuevamente su medicación hipotensora.

2.- TRASGRECION ALIMENTARIA.

En la mayor parte de las ocasiones la familia no le lleva la ---- dieta prescrita por el médico, en otras ocasiones por estar ---- controlado y piensa que no le afectará el salirse de la dieta, -- por abuso en la ingesta de alimentos o bebidas alcoholicas.

3.- POR ALTERACIONES EN LA DINAMICA FAMILIAR.

El paciente reacciona como un hiperreactor ante situaciones de -- tensión, disgusto o problematica con alguno de los miembros de la familia, o la repercusión de los problemas de algunos de los ---- miembros de la familia ante crisis económicas o afectivas.

4.-ESTRES LABORAL.

En la gran mayoría de los trabajadores se desarrolla estres al --- desempeñar sus labores, algunos con más intensidad que otros, con una repercusión directa sobre las cifras de la presión arterial.

5.- COMO COMPLICACION DE OTRA PATOLOGIA O ALTERACION ACOMPAÑANTES.

La obesidad, el alcoholismo, la diabetes mellitus, policitemia, --- gota, tumores malignos, por tabaquismo.

6.-POR ACCIDENTES DEL TRABAJO, HOGAR O VIA PUBLICA.

En los pacientes mal controlados de su presión arterial, estan en mayor riesgo de sufrir accidentes, mareos, vértigo, cefalea, ---- pérdida del estado de alerta, cardiopatía isquémica, accidente -- cerebrovascular.

HIPERTENSION ARTERIAL CAUSAS MAS FRECUENTES DE
DESCONTROL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.

19

TRATAMIENTO HIPOTENSOR IDEAL.

- 1.- Desconfiar que el paciente esté tomando de manera regular sus - medicamentos.
- 2.- Aclarar la finalidad del tratamiento.
- 3.- Informar al paciente acerca de su enfermedad y de su tratamien to y de las consecuencias del descontrol de la presión arterial
- 4.- Estar en contacto con el paciente.
- 5.- Prescribir un tratamiento económico y sencillo.
- 6.- Prescribir los medicamentos de acuerdo con sus propiedades far- macológicas.
- 7.- Realizar ejercicio isotónico dinámico, correr, nadar.
- 8.- Tecnicas de relajación.
- 9.- Restricción de sodio y agua en la dieta.
- 10.-Disminución ponderal de peso del paciente. (20)

FARMACOS: INDICACIONES CONTRAINDICACIONES REACCIONES SECUNDARIAS

DIURETICOS.

- 1.- TIACIDAS
- 2.- COMPUESTOS SULFONAMIDICOS RELACIONADOS
- 3.- DIURETICOS DE ASA.
- 4.- DIURETICOS AHORRADORES DE POTASIO

INDICACIONES.- Disminuir la presión arterial al aumentar la excreción urinaria de sodio y disminuir el volumen plasmático y del líquido ---- extracelular, y el gasto cardiaco, se presenta una reducción de la resistencia periférica con niveles aumentados de renina con estimula---- ción de la aldosterona.

CONTRAINDICACIONES.: No existen.

EFFECTOS COLATERALES: Hipopotasemia, nivel sérico de potasio inferior a 3.5 meq/l. (normal 4.30 meq/l). Hiperuricemia, raramente se produce un ataque agudo de gota o nefropatía crónica, probablemente a conse---- cuencia de una resorción aumentada a nivel del túbulo proximal que se presenta cuando existe disminución del volumen plasmático.

Hiperlipidemia. aumenta los triglicéridos en la sangre y en menor ---- grado el colesterol sérico se pueden deber a la obesidad de los pacien---- tes y se acompaña de hiperuricemia.

Hipercalcemia. aumento del calcio sérico inferior a 0.5 mg/dl debido en parte al aumento de la resorción del calcio acompañada del aumento de resorción de sodio a nivel del túbulo proximal por la disminución del volumen de líquido extracelular.

Hiperglicemia. pueden disminuir la tolerancia a la glucosa.

TIACIDAS.

21

Clorotiacida 500 a 1000 mg/24 hrs.
Hidroclorotiacida 25 a 200 mg/24 hrs.
Bentiacida 25 a 200 mg/24 hrs.
Hidroflumetiácida 25 a 50 mg/24 hrs.
Bondroflumetiácida 5 a 20 mg/24 hrs.
Metilclotiácida 2.5 a 10 mg/24 hrs.
Triclormetiácida 2 a 4 mg/24 hrs.
Politiácida 1 a 4 mg/24 hrs.
Ciclotiácida 1 a 2 mg/24 hrs. (20)

COMPUESTOS SULFONAMIDICOS RELACIONADOS.

Clortalidona 25 a 100 mg/24 hrs.
Quinetazona 50 a 200 mg/24 hrs.
Metolazona 1 a 10 mg/24 hrs.

DIURETICOS DE ASA.

Furosemda 40 a 120 mg/24 hrs.
Acido etacrínico 50 a 400 mg/24hrs.

DIURETICOS QUE CONSERVAN POTASIO.

Espironolactona 25 a 100 mg/24hrs.
Triamtereno 100 a 300 mg/24 hrs.

DIURETICOS URICOSURICOS

Ticrinafen 250 a 500 mg/24 hrs. (20)

FARMACOS QUE ACTUAN EN LA NEURONA.

Reserpina. 25 mg al día.

Guanetidina. 10 a 300 mg al día.

Benatidina. Debrisoquina. son similares a la Guanetidina.

Actuan a nivel central sobre el centro vasomotor, inhibiendo la liberación de norepinefrina a nivel de las neuronas adrenergicas periféricas, cada cual de manera diferente y completamente distinta de la supresión del mecanismo de retroalimentación por el cual se libera la noradrenalina.

Efectos colaterales: reserpina. depresión psicológica. - Guanetidina - hipotensión ortostática. (20)

FARMACOS QUE ACTUAN SOBRE LOS RECEPTORES.

AGONISTAS PREDOMINANTEMENTE CENTRALES.

Metildopa 250 a 3000 al día.

Clonidina. 1 a 2 mg al día. tambien transdermica.

Guanabenz. 4 a 16 mg 2 veces al día

Actuan a nivel del sistema nervioso central, donde las neuronas adrenergicas, estimula los receptores alfa del sistema nervioso central, disminuyendo la descarga del sistema simpático central, lo que produce una disminución de la frecuencia y gasto cardiaco, con disminución de la resistencia periférica.

EFFECTOS COLATERALES. Metildopa: efectos sedantes, resequedad de la boca hipotensión ortostática, impotencia, galactorrea, prueba positiva a los cuerpos antinucleares, coombs positiva, miocarditis, anemia hemolitica, hepatitis. - Clonidina fenómeno de rebote, taquicardia, retención de líquidos.

ALFA. PRESINAPTICOS Y POSTSINAPTICOS.

Fenoxibenzamina.
Fentolamina.

Postsinapticos.
Prazosin.

Actuan bloqueando los receptores presinapticos alfa, lo que inter---fiere con la inhibición refleja de la liberación de norepinefrina. Al aumentar la liberación de catecolaminas disminuye el efecto de estos - fármacos sobre los receptores postsinapticos alfa.

Prazosin. Actua como inhibidor de los receptores postsinapticos alfa. como los receptores presinapticos alfa no estan bloqueados el mecanismo de retroalimentación que inhibe la liberación de norepinefrina permanece intacto, por lo que su efecto como hipotensor es mayor, sin que se presente una taquicardia concomitante o liberación de renina.

BETA.

propranolol. 40 a 80 mg/24 hrs. 40 a 640 mg/24 hrs.

Metoprolol. 50 a 100 mg/24 hrs. 50 a 400 mg/24 hrs.

Acebutol. 200 a 400 mg/24 hrs.

Atenolol. 50 a 100 mg/24 hrs.

Actuan bloqueando los receptores Beta, inhiben los efectos de catecolaminas endógenas.

Efectos colaterales. - Vasoespasmo periférico, cansancio, insomnio, --- pesadillas y alucinaciones, depresión miocárdica, bradicardia.

ALFA Y BETA.

Labetalol. 200 a 300 mg/24 hrs.

Actua reduciendo la resistencia periferica sin ningun cambio apreciable del gasto cardiaco, es un bloqueador alfa y beta con una proporción de bloqueo alfa y beta de cerca de 1:3, se utiliza inyectable en crisis hipertensivas por vía venosa.

Efectos colaterales: prueba antinuclear positiva. (20)

Vasodilatador periférico.

Hidralazina. 75 a 400 mg/24 hrs.

Minoxidil 5 a 40 mg/24 hrs.

Diazóxido. vía venosa 1 mg/kg cada 10 minutos hasta alcanzar la presión deseada.

Nitroprusiato de sodio. 50 mg en solución glucosada al 5% 250 ml.

Diazóxido y Nitroprusiato sódico en crisis hipertensivas.

MECANISMO DE ACCION.

Hidralazina. actúa directamente relajando el músculo liso de los vasos precapilares de resistencia sin mayores efectos sobre los vasos poscapilares de capacitancia. - Se debe combinar con un diurético para disminuir la tendencia a retención de líquidos y con betabloqueador para prevenir el aumento reflejo de la actividad simpática y de la renina.

Minoxidil. tiene un mecanismo de acción similar al de la hidralazina, pero sus efectos son más potentes, se debe utilizar combinado con un diurético y un betabloqueador para evitar el aumento reflejo del gasto cardíaco y la retención de líquidos.

Diazóxido.

Nitroprusiato sódico. vasodilatador arterial y venoso directo, actúa en el endotelio vascular formando un nitrosíto, que eleva en GMP cíclico, produciendo así la vasodilatación.

Efectos colaterales.

Hidralazina: síndrome de tipo lupus eritematoso, sin la administración de un bloqueador adrenérgico se presenta rubor, cefalea, dolor anginoso sin el diurético retención de líquidos.

Minoxidil. Hirsutismo, sin el diurético y el betabloqueador se presenta retención de líquidos y aumento reflejo del gasto cardíaco.

Diazóxido.

Nitroprusiato sódico. náusea, desorientación, espasmos musculares, --- concentraciones tóxicas de tiocianato y cianuro en pacientes con enfermedades renales y hepáticas. (20)

INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE ANGIOTENSINA (ECA).

Captopril. 25 a 75 mg/24hrs.

Enalapril. 2.5 a 40 mg/24 hrs.

Lisinopril. 10 a 40 mg/24hrs.

Actúan reduciendo la presión arterial al disminuir las resistencias vasculares periféricas. a) Reducción de los niveles del vasoconstrictor angiotensina II. b) Reducción de la secreción de aldosterona, que induce natriuresis. c) Aumento de los niveles de prostaglandinas o bradicinina vasodilatadoras. d) Vasodilatación renal específica, con el consiguiente aumento de la natriuresis, se asocian a la regresión de la hipertrofia ventricular izquierda.

Efectos colaterales. Erupciones cutáneas, disgeusia, proteinuria, ---- neutropenia, tos seca, uremia en pacientes con estenosis bilateral de la arteria renal de una sola arteria renal. (20)

VASODILATADORES DE LOS CANALES DEL CALCIO.

BLOQUEANTES DE LOS CANALES LENTOS DEL CALCIO DEL MUSCULO LISO VASCULAR

Nifedipina. 10 a 40 mg/24 hrs.

Verapamilo. 120 a 480 mg/24 hrs.

Diltiacem. 120 a 360 mg/24hrs.

Provocan vasodilatación arteriolar directa inhibiendo selectivamente la corriente lenta del calcio al interior de la célula en el músculo liso de los vasos, pueden causar natriuresis. Estas drogas son efectivas para reducir la presión arterial y aumentar el flujo de sangre al órgano blanco periférico como riñón, cerebro, y el corazón, no agravan la angina y son efectivos para tratarla, son capaces de inducir regresión de la hipertrofia ventricular izquierda.

Efectos colaterales. Palpitaciones, sofocos, cefaleas, edemas maleo-

lares, disfunción hepática reversible, estreñimiento.

26

Contraindicaciones.

Nifedipina. Pacientes con estenosis aortica, cardiomiopatía obstructiva o depresión miocárdica.

Verapamilo. en pacientes con bloqueo AV de II o III grado, síndrome del seno enfermo, paciente con flutter o fibrilación auricular.

Diltiazem. similares a los del verapamilo.(15)

COMPLICACIONES.

Las que son el resultado directo del aumento de la presión arterial.

Hemorragia cerebrovascular.
Retinopatía
Hipertrofia ventricular izquierda.
Insuficiencia cardiaca congestiva.
Aneurisma
Ruptura vascular.

Las que resultan de aterosclerosis.

Mayor resistencia coronaria, cerebral y vascular renal.

Las que resultan de menor flujo sanguíneo e isquemia.

Infarto del miocardio.
Trombosis e infarto cerebrales.
Nefroesclerosis renal.

HIPERTENSION ARTERIAL CAUSAS MAS FRECUENTES DE
DESCONTROL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.

27

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

En los últimos años la solicitud de atención médica en los servicios de urgencias, por descontrol de la presión arterial en pacientes con hipertensión arterial esencial, se ha incrementado de una manera mucho muy importante, aumentando el número de consultas, aumentando el riesgo de complicaciones en los pacientes y en forma drástica causando invalidez de forma total o parcial como secuela, y una pérdida en la fuerza productiva de trabajo, y una problemática de tipo psicosocial en las familias de dichos pacientes.

Se observa una frecuencia elevada del número de pacientes con hipertensión arterial esencial descontrolada. Por lo tanto como problema a investigar, se plantea la interrogante de indagar la causa o las causas principales del descontrol de la presión en pacientes con hipertensión arterial esencial. Buscando resolver la problemática que se genera para el derechohabiente que la padece, la pérdida de la fuerza de trabajo con sus implicaciones, la problemática de tipo familiar y personal, y la problemática como riesgo de salud para la institución que le otorga los servicios médico asistenciales.

HIPERTENSION ARTERIAL. CAUSAS MAS FRECUENTES DE
DESCONTROL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.

28

JUSTIFICACION:

Algunos autores, describen problemas graves en el paciente hipertenso como por ejemplo: hemorragia cerebrovascular, retinopatía hipertensiva, insuficiencia cardíaca y ruptura vascular etc. Estas complicaciones se han considerado como prevenibles, siempre y cuando el paciente hipertenso tenga un control adecuado de su padecimiento.

Por otra parte a la familia, se le ha considerado como un elemento --- que puede generar la enfermedad, en cualquiera de sus integrantes, --- pero tambien se le considera como un valioso recurso del propio ----- paciente para superar un elemento negativo de salud, de esta manera --- se puede considerar que algunas causas de tipo familiar, tambien ----- pueden influir en el descontrol de la hipertensión arterial en el ---- paciente hipertenso.

Además en el trabajo habitual del Médico familiar, de manera empíri--- ca se puede observar que algunos pacientes no siguen adecuadamente --- las indicaciones que el Médico les brinda acerca de su padecimiento, --- lo cual nos lleva a tratar de encontrar cual es la probable influen--- cia de la relación Médico-paciente en el descontrol de la hiperten--- sión arterial.

Otros autores señalan las alteraciones higiénico dietéticas, como ---- una de las causas importantes en el descontrol del paciente hiperten--- so.

Los beneficios para el paciente con hipertensión arterial controlada son importantes, ya que evitan la hipertrofia ventricular izquierda, el accidente cerebrovascular, la retinopatía hipertensiva, la insuficiencia cardíaca congestiva, aneurisma y ruptura vascular, logrando una vida más plena y satisfactoria.

Para la institución los beneficios se representan por una mejor ----- calidad de vida para el derechohabiente, cumpliendo las metas que se persiguen al establecer los programas y controles de los padecimientos crónico-degenerativos, disminuyendo costos en la atención de ----- estos derechohabientes.

Para el Médico tratante los beneficios se representan como una ----- satisfacción personal al poder mantener a sus pacientes con hipertensión arterial controlada, y poder cumplir con los objetivos, programas y metas establecidas por la institución, y el poder aplicar sus ----- conocimientos sobre este padecimiento.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL.

Determinar las causas que propician el descontrol de la presión arterial, en el paciente con hipertensión arterial esencial.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

Establecer en que grupos etareos es más común el descontrol de la presión arterial.

Establecer las causas de tipo familiar que originan el descontrol de la presión arterial.

Determinar las causas de tipo institucional.

Establecer las causas de tipo higiénico dietéticas del paciente que causan el descontrol.

Establecer si la información que el médico familiar brinda al paciente es la adecuada.

Identificar si la información que el médico familiar brinda al paciente es comprendida por este último.

Identificar los hábitos de ejercicio del paciente.

Identificar con que frecuencia se presenta el alcoholismo, el tabaquismo y el uso de otras drogas en el paciente.

Establecer la frecuencia y el uso de anticonceptivos orales o ----
inyectables y el uso de estrógenos en pacientes del sexo femenino

Determinar la presencia o ausencia de estrés psicosocial del ---
paciente.

METODOLOGIA.

a).- TIPO DE ESTUDIO.

Observacional, descriptivo, prospectivo y de corte transversal.

b).- POBLACION, LUGAR, TIEMPO

Pacientes que acudan al servicio de urgencias del Hospital -----
general de zona 29 Aragón IMSS, México D.F. durante un periodo --
comprendido del 1° al 31 de Marzo de 1995.

c).- MUESTRA.

Se empleó una muestra no aleatoria, por cuotas hasta completar un
total de 100 pacientes.

d).- CRITERIOS DE INCLUSION.

Ser derechohabiente del IMSS.
Pertener a la zona de influencia del HGZ 29 Aragón.
Pacientes pertenecientes a los grupos de adulto joven, maduro y -
senecto.
Pertener a cualquiera de los dos sexos.
Con diagnóstico de hipertensión arterial esencial establecido.

e).- CRITERIOS DE EXCLUSION.

- 1.- No ser derechohabiente del IMSS.
- 2.- No pertenecer a la zona de influencia del HGZ 29 Aragón.
- 3.- No ser paciente adulto.
- 4.- Ser paciente con hipertensión arterial secundaria.

f).- CRITERIOS DE ELIMINACION.

- 1).- Que se detecte hipertensión arterial secundaria.

HIPERTENSION ARTERIAL. CAUSAS MAS FRECUENTES DE
DESCONTROL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.

PLANES PARA LA RECOLECCION DE DATOS.

Interrogatorio directo al paciente, por parte del investigador --
responsable.
Se llenará la cédula de recolección de datos, (anexo # 1).
A todos los pacientes que habiendo llenado todos los criterios ---
de inclusión, exclusión y eliminación, se presenten en el --- ---
servicio de urgencias del HGZ 29 Aragon.

INFORMACION A RECOLECTAR:

Cédula de recolección de datos.

Edad.

Sexo.

Transgresión higiénico dietética tipos.

Transgresión medicamentosa, con que frecuencia.

Hábitos de ejercicio frecuente.

Alcoholismo.

Tabaquismo.

Beber café.

Estres.

Drogas.

Anticonceptivos orales y estrógenos conjugados.

Factores institucionales.

HIPERTENSION ARTERIAL, CAUSAS MAS FRECUENTES DE
DESCONTROL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.

PLANES PARA PRESENTACION Y ANALISIS.

Recuento y clasificación de la información a base de paloteo simple, la presentación de resultados se realizará mediante - tablas, gráficas y estadísticas, se hará la descripción de -- resultados a través de medidas de resumen y tendencia ----- central.

HIPERTENSION ARTERIAL. CAUSAS MAS FRECUENTES DE
DESCONTROL EN UN SERVICIO DE URGENCIAS.

CONSIDERACIONES ETICAS.

Solicitar la autorizacion verbal del derechohabiente, ---
explicar al paciente el motivo del estudio a realizar ----
y que no implica ningún tipo de riesgo para el paciente.

RESULTADOS

CUADRO No. 1

PIRAMIDE POBLACIONAL DEL GRUPO ESTUDIADO

EDAD	MASCULINO	FEMENINO	TOTALES
30-34	0	2	2
35-39	1	1	2
40-44	2	5	7
45-49	2	6	8
50-54	8	7	15
55-59	1	9	10
60-64	3	13	16
65-69	1	14	15
70-74	7	4	11
75-79	4	5	9
80-84	1	2	3
85-89	0	2	2
TOTALES	30	70	100

CUADRO No. 2

CIFRAS TENSIONALES POR GRUPOS ETAREOS

CIFRAS	EADAES					TOTAL
	30-39	40-49	50-59	60-69	70 Y +	
140/ 90-110	1	8	6	7	5	27
142/ 90-98	1	0	1	1	0	3
144/ 94	0	0	1	0	1	2
150/ 90-92	0	2	4	6	1	13
150/ 98-110	2	1	7	4	5	19
152/ 102	0	0	0	1	0	1
160/ 90-110	0	2	1	5	5	13
170/ 90-100	0	1	0	2	2	5
170/ 110-120	0	0	2	0	0	2
180-190/ 110	0	1	2	4	3	10
200/ 100-110	0	0	1	0	1	2
220-240/ 110	0	0	0	1	2	3
TOTALES	4	15	25	31	25	95

CUADRO No. 3

**TRASGRESION HIGIENICO-DIETETICA
EN PACIENTES ESTUDIADOS**

TIPO DE TRASGRESION	SI	NO	TOTALES
ABUSO DE LA SAL	55	45	100
COME BOTANAS	52	48	100
TOMA REFRESCOS	72	28	100
FRIE SUS ALIMENTOS	90	10	100
COME CARNE ROJA	79	21	100
COME HUEVO	75	25	100
TOMA LECHE	83	17	100

CUADRO No. 4

TRASGRESION HIGIENICO-DIETETICA EN PACIENTES ESTUDIADOS

TIPO DE TRASGRESION	SI	NO	TOTALES
DEJA DE TOMAR MEDICAM MAS DE 2 VECES/SEM	33	67	100
FUMA DE 1-5 CIGARRILLOS AL DIA	22	0	22
FUMA MAS DE 5 CIGARRILLOS AL DIA	13	0	13
CONSUMO DE CAFE DE 1-2 TAZAS AL DIA	56	0	56
CONSUMO DE CAFE 3-4 TAZAS AL DIA	21	0	21
CONSUMO DE BEBIDAS ALCOH. 1-3 COPAS/DIA	13	0	13
CONSUMO DE BEBIDAS ALCOH. +3 COPAS/DIA	7	0	7
REALIZA EJERCICIO FISICO 1-2 VECES/SEM	26	0	26
REALIZA EJERCICIO FISICO 3-4 VECES/SEM	13	0	13

CUADRO No. 5

**ESTRES EN LOS PACIENTES ESTUDIADOS
 AMBIENTE ADECUADO**

ESTRESS	SI	NO	TOTALES
CONSIDERA AMBIENTE LABORAL ESTRESANTE	90	10	100
ES ESTRESANTE SU AMBIENTE FAMILIAR	85	15	100
TIENE PROBLEMAS PARA TRANSPORTARSE	35	65	100

CUADRO No. 6

CONSUMO DE DROGAS EN PACIENTES ESTUDIADOS

DROGAS	SI	NO	TOTALES
SE HA ESTIMULADO CON ALGUNA DROGA	1	99	100
SE AUTORECETA MEDICAMENTOS	28	62	100
HA CONSUMIDO COCAINA	0	100	100

CUADRO No. 7

**CONSUMO DE ESTROGENOS EN
PACIENTES ESTUDIADOS**

ESTROGENOS	SI	NO	TOTALES
UTILIZA MEDICAMENTOS CONTROL FERTILIDAD	5	65	70
TOMA MEDICAMENTOS PARA LA MENOPAUSIA	6	64	70

CUADRO No. 8

**RELACION MEDICO – PACIENTE
EN PACIENTES ESTUDIADOS**

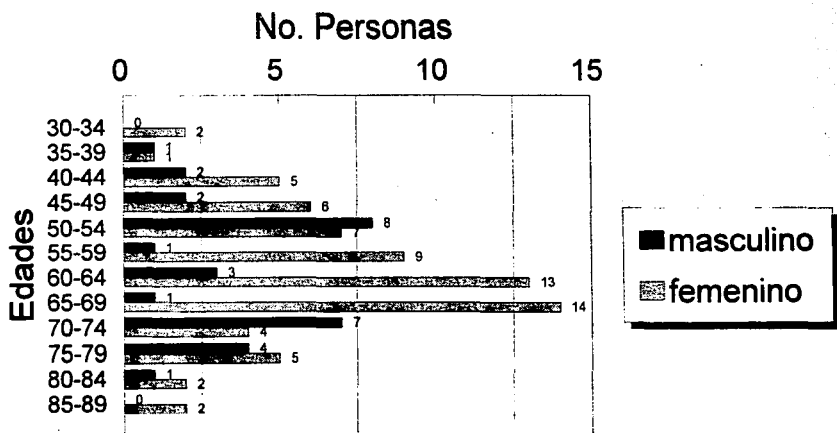
TIPO DE RELACION	SI	NO	TOTALES
LLEVA BUENA RELACION CON SU MEDICO	99	1	100
LE INFORMA DEL CONTROL ANTIHIPERTENSIVO	97	3	22
LE INFORMA DESVENTAJAS DESCONTROL DE T.A.	97	3	13
LE INDICA EN RECETAS CANTIDAD Y HORARIO	98	2	56
LE INFORMA DE ACTIVIDAD COMPLEMENTARIA	95	5	21
LE RESUELVE DUDAS DEL PADECIMIENTO	98	2	13

CUADRO No. 9

FACTORES INSTITUCIONALES EN LOS PACIENTES ESTUDIADOS

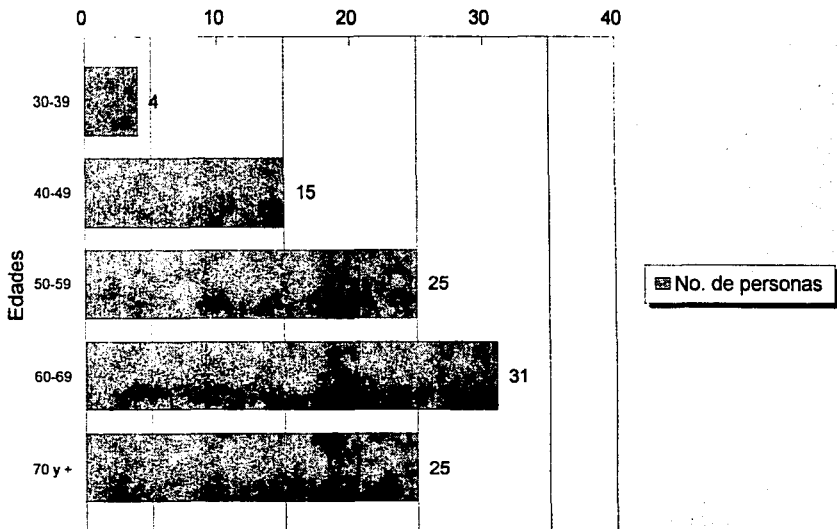
FACTORES	SI	NO	TOTALES
LE RECETAN MEDICAMEN. FORMA OPORTUNA	98	2	100
LE HAN CAMBIADO MEDICAM. POR OTRO SIMILAR	7	93	100
HA TENIDO QUE COMPRARLO	53	47	100

Pirámide poblacional del grupo estudiado



grafica 1

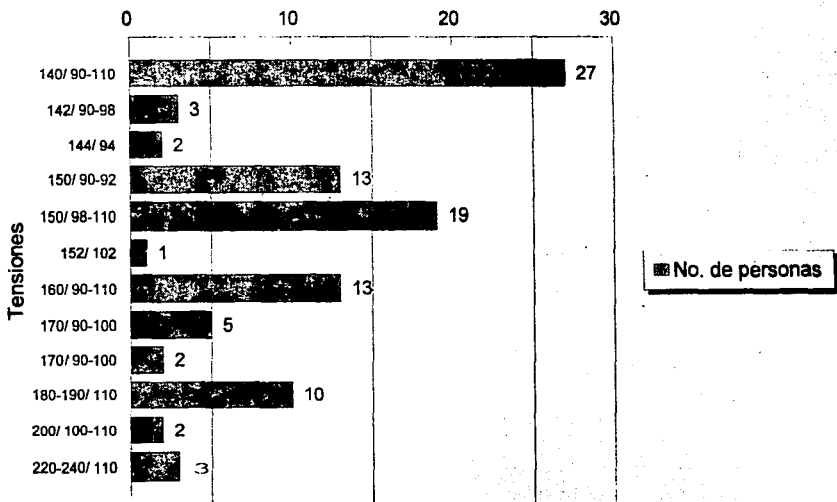
GRUPOS ETAREOS MAS AFECTADOS



grafica 2a

CIFRAS TENSIONALES ELEVADAS

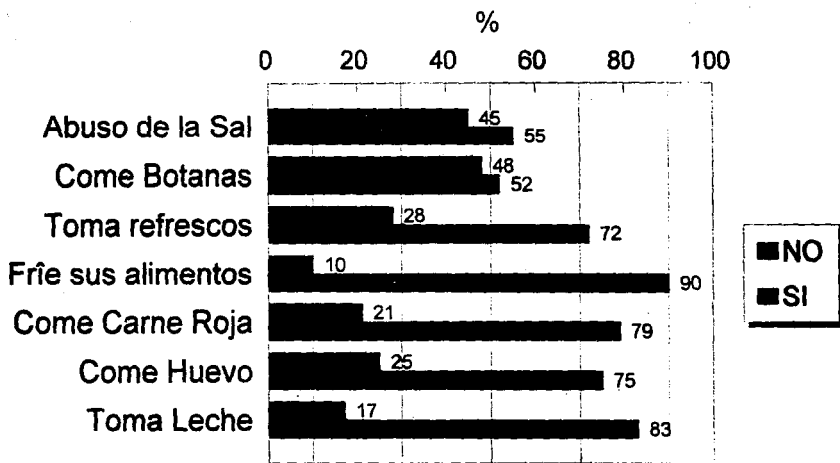
mas frecuentemente encontradas



grafica 2b

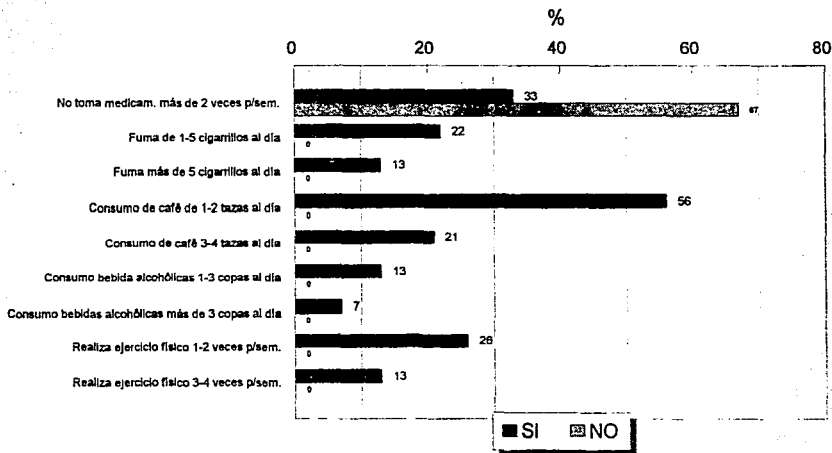
Trasgressi3n higi3nico-diet3tica

en los pacientes estudiados



grafica 3

Trasgresión higiénico-dietética en los pacientes estudiados

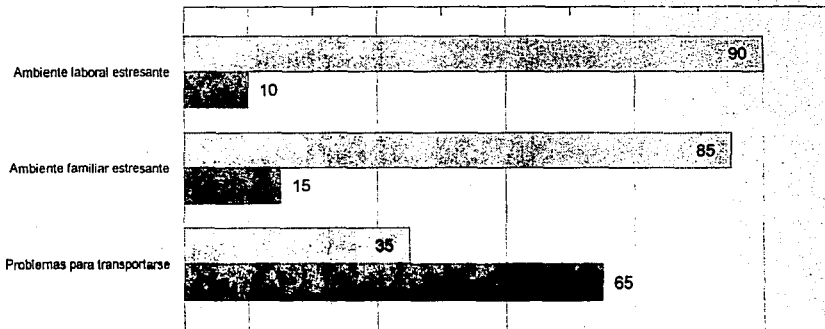


grafica 4

ESTRES en los pacientes estudiados

No. personas

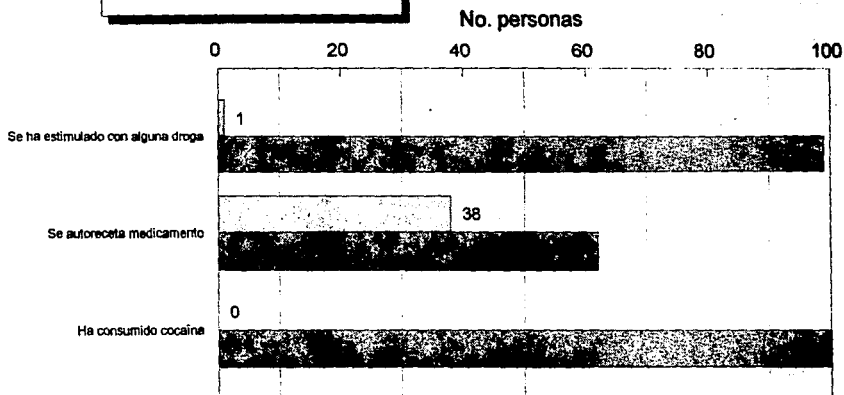
0 20 40 60 80 100



grafica 5

□ SI ■ NO

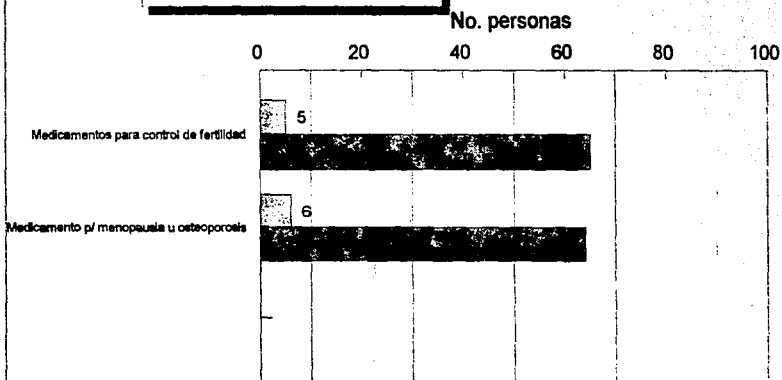
CONSUMO DE DROGAS en los pacientes estudiados



grafica 6

□ SI ■ NO

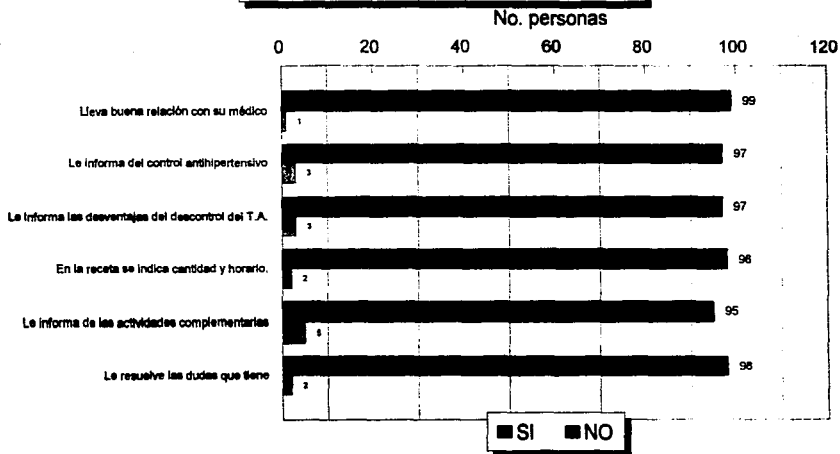
CONSUMO DE ESTROGENOS en los pacientes estudiados



grafica 7

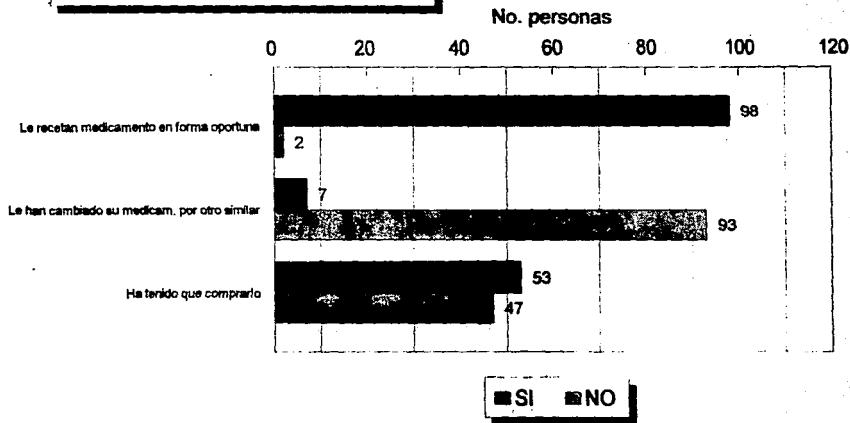
SI NO

Relación médico-paciente en los pacientes estudiados



grafica 8

FACTORES INSTITUCIONALES en los pacientes estudiados



grafica 9

GRAFICA # 1

Como se puede observar en la gráfica # 1, los grupos más afectados son los de las edades de 60-64 y 65-69 años en las mujeres, - los menos afectados son los masculinos.

GRAFICA # 2

La gráfica # 2 nos lleva a conocer que las cifras tensionales más elevadas son las siguientes; 140/90-110 (27), 150/98-110 (19), 150/90-92 (13), 160/90-110 (13), 180-190/110 (10), los grupos --- etareos más afectados son los comprendidos en las edades de 60-69 (31), 50-59 (25), 70 y más (25).

GRAFICA # 3

En ésta gráfica se observa que un alto porcentaje de los pacientes llevan un mal control dietético, cometiendo trasgresiones alimentarias, siendo las más comunes, la toma de refrescos, freir -- los alimentos, la ingesta de carne roja, y el comer huevo frecuentemente.

GRAFICA # 4

Se observa un alto número de pacientes que presentan factores de riesgo, y por ejemplo el 33% de los pacientes no toma sus medicamentos más de 2 veces a la semana, el 56% toma café 1-2 tazas - al día, y un 22% fuma hasta 5 cigarrillos al día y el 26% realiza ejercicio la 2 veces por semana.

GRAFICA # 5 ANALISIS.

59

Un número importante de pacientes presentan un ambiente laboral y -- familiar estresante, a lo que se agregan los problemas originados ---- al transportarse.

GRAFICA # 6 ANALISIS.

Es importante señalar la cantidad de pacientes que se automedican -- (38), y la muy baja incidencia del uso de drogas solamente una persona

GRAFICA # 7 ANALISIS.

El número de pacientes femeninos que utilizan estrógenos conjugados, para el control de fertilidad, para los síntomas de la menopausia o -- para osteoporosis suma un total de 11 pacientes.

GRAFICA # 8 ANALISIS.

Nos permite observar que practicamente todos los pacientes mantienen una buena relación médico/paciente, y son pocos los que no parecen --- llevar una relación adecuada.

GRAFICA # 9 ANALISIS.

En la gráfica número 9 se puede valorar que la receta de los medicamentos se realiza en forma oportuna, pero tambien nos permite observar que una cantidad importante de pacientes a llegado a tener que comprar los con su dinero 53 %.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

ANALISIS

Los diversos autores señalan, como las décadas en las cuales se empieza a manifestar la sintomatología de la hipertensión arterial las comprendidas en la cuarta y quinta décadas para los pacientes adultos jóvenes, y para los pacientes ancianos la séptima década, - en estos últimos con alguna otra patología agregada, lo cual modifica de manera importante, el manejo del tratamiento farmacológico y no farmacológico, las complicaciones y el pronóstico. (20)

En la investigación realizada en una muestra de 100 pacientes ---- estudiados, se encontró un promedio de pacientes del sexo femenino más acentuada en la séptima década, y la minoría en la cuarta, en los pacientes masculinos un predominio en la sexta década, y una --- minoría en la cuarta y novena década de la vida.

Como comentario a realizar, se observan diferencias en lo que plantean los autores con lo encontrado en el estudio realizado, encontrando como justificación a esto probablemente las trasgresiones -- higienicas, dietéticas, las trasgresiones medicamentosas y el estrés laboral y familiar.

Las cifras tensionales que refieren los diversos autores consideran a un paciente dentro del rango de hipertensión arterial descontrolada son las de 140/90 mm Hg o superiores, en el estudio realizado llama la atención los rangos de los pacientes comprendidos en la década séptima, por la cantidad de pacientes encontrados, y en las cifras tensionales la de 150/90-98 con 19 pacientes, en estos resultados se puede encontrar una respuesta a los mismos, la mayoría son ancianos, y dependen de alguien que se los de o les recuerde que -- tomar su medicamento hipotensor, de llevar las recomendaciones ---- higienicas dietéticas, o en su defecto, de la patología que puede -- coexistir con su Hipertensión arterial.

El tratamiento no farmacológico es de gran importancia dentro del tratamiento integral de la hipertensión arterial descontrolada, en -- esto estan de acuerdo los autores consultados, 13, 14, 15, 19, ya que, -- el apartarse del mismo lleva al paciente a resultados poco satisfactorios y aumenta el riesgo de complicaciones, ya que se incrementan los factores de riesgo. En las encuestas realizadas para esta investigación se encuentran trasgresiones importantes por un número elevado de pacientes, los cuales hacen caso omiso de las indicaciones higienico dieteticas, con los resultados de un descontrol de la presión arterial, aun cuando se lleve en forma satisfactoria el tratamiento farmacológico. freir sus alimentos se traduce en un aumento de la ingesta del consumo de grasas, a esto se le agrega la ingesta de carnes rojas, con sus consecuencias desfavorables.

entre las trasgresiones higienico dieteticas, la ingesta de bebidas alcohólicas, el tabaquismo, la vida sedentaria y el abandono temporal o permanente de la medicación, se considera a un número importante de pacientes, con las secuelas que esto representa en el control adecuado de la hipertensión arterial, se destaca su importancia como un factor de riesgo en todos los estudios del tratamiento de la hipertensión arterial, las respuestas de los pacientes encuestados llevan a observar que un gran porcentaje de los pacientes caen en estas trasgresiones, afectando de manera desfavorable su tratamiento, y aumentando los factores de riesgo para ellos mismos, con un descontrol de la hipertensión arterial.

Es muy difícil realizar la demostración que las situaciones de ---- estrés provocan, mantienen o exacerban en la hipertensión arterial, -- procurar periodos de dormir nocturno de 8 horas y de ser posible una siesta de 30 minutos diariamente. Las tecnicas de modificacion de la conducta, la relajación, procurando eliminar el estrés, para lograr -- una reducción y una normalización de la presión arterial.- En la ---- realización del estudio de los pacientes encuestados, nos da resultados que nos permiten ver que existe una gran cantidad de estrés tanto en el ambiente laboral y familiar, lo cual exacerba la hipertensión arterial.

Entre los agentes presores exógenos existen diversos, los cuales -- pueden elevar la presión arterial y descontrolarla cuando se realiza la evaluación del paciente hipertenso, algunas de estas substancias de este tipo son las consideradas como psicotropicos, anfetaminas y -- cocaína, las cuales causan aumento de la descarga simpática, de la -- resistencia periférica, y del volumen minuto cardiaco, otros medica-- mentos utilizados para el resfrio, los descongestivos, anorexigenicos

suplementos tiroideos, corticoesteroides y antiinflamatorios no ---
 -esteroides, tambien pueden elevar la presión arterial por tener ---
 agentes simpaticomiméticos, llama la atención que en nuestros encues
 tados la utilización de drogas psicotrópicas es casi nula, se observa
 un número importante de pacientes que se automedican.

Las pacientes femeninas que presentan problemas de hipertensión ---
 hipertensión arterial, las cuales estan aún dentro de la etapa repro
 ductiva, o bien en la menopausia, tienen que llevar a cabo tratamien
 tos para control de fertilidad, para un control de los síntomas meno
 pausicos o de osteoporosis, pueden presentar un incremento de la pre
 sión arterial al utilizar estrógenos conjugados como control, la ---
 posibilidad de presentar incrementos en las cifras tensionales es ---
 mucho mayor en pacientes de más de 35 años de edad y obesas y con uso
 prolongado de los mismos (20). En las pacientes estudiadas un mínimo
 porcentaje utiliza dichos medicamentos, con un tiempo de utilizarlos
 que no rebasa los 10 años, algunas de las cuales ha notado incremento
 en las cifras de presión arterial.

En el ejercicio de la profesión médica, el papel que desempeña la -
 relación médico paciente, ha sido y será parte fundamental en el tra
 tamiento de la hipertensión arterial, la información que el médico ---
 proporciona es de suma importancia, pero quizá sea más importante que
 el paciente o su familia con la confianza que le tenga a su médico la
 lleve a cabo en beneficio del paciente, los tratamientos para la ---
 hipertensión arterial farmacológicos y no farmacológicos, las medidas
 higienico dieteticas, por ser para toda la vida requieren de una ---
 adherencia muy grande, la cual no siempre se logra conseguir.- En los
 en los cuales se desarrolló el estudio se observó para beneplacito --
 -del médico y del paciente que hay una muy buena relación y adheren
 cia al tratamiento establecido, lo cual beneficia al paciente con un
 control adecuado de la hipertensión arterial.

Las instituciones médicas y de asistencia social, realizan una ---
 labor de suma importancia para que el paciente pueda tener acceso a -
 una atención médica adecuada, y al otorgarle los medicamentos para el
 control de su hipertensión arterial, en forma suficiente y oportuna,
 ya que el no tenerlos es una de las causas más frecuentes de abandono
 temporal o definitivo en el tratamiento de la hipertensión arterial
 Las respuesta obtenidas de parte de los pacientes entrevistados ----
 revelan que se lesurten de una manera oportuna, se respeta el crite
 rio médico, existiendo unicamente un inconveniente muy importante, ya
 que un porcentaje que rebasa el 50% de los pacientes refirió que en --
 alguna ocasión tuvo que comprarlos de su dinero, por no tener en las
 farmacias de las instituciones médico asistenciales, con repercusión
 en la economía familiar, por otro lado que el paciente con falta de -
 recursos económicos tenga que dejar de llevar el tratamiento que se
 le ha establecido.

En el estudio realizado, se logró alcanzar un porcentaje del 100% de los objetivos que se habían planeado, tanto en el objetivo general como en los objetivos específicos.- Por lo tanto se puede concluir, que las causas que propician el descontrol de la presión arterial son las siguientes: las trasgresiones alimentarias, las trasgresiones medicamentosas, el abuso de bebidas y alimentos como café alcohol, tabaco, en mujeres el uso de estrógenos conjugados, a la falta de hábitos de ejercicio frecuente y a la vida sedentaria.- A nivel institucional lo favorece el desabasto de medicamentos que se ha presentado en las últimas fechas en las diferentes unidades de las instituciones de salud.

La información que se logró recolectar con el estudio, le brinda al Médico familiar la oportunidad de conocer la causa o las causas más frecuentes que originan el descontrol de la presión arterial, una vez que el Médico tenga ésta información podrá ayudar a sus pacientes y a las familias de los mismos a poder encontrar el tratamiento farmacológico y no farmacológico para resolver sus problemas de salud, ofreciéndoles una mejor calidad de vida para los mismos.- A nivel institucional nos permite conocer igualmente la causa o las causas que propician el descontrol de la presión arterial, pudiendo llegar a realizar a nivel de sus unidades médicas campañas permanentes para un mejor conocimiento del padecimiento, lograr una detección oportuna y tratamientos que puedan o traten de evitar que los pacientes presenten complicaciones y secuelas de una hipertensión arterial mal controlada.- Evitar en lo posible que el paciente abandone el tratamiento por no contar con los medicamentos para su control, por culpa de las instituciones al no otorgarle de manera suficiente y oportuna sus medicamentos.

En relación al cuestionario que se utilizó para poder realizar las encuestas, se puede lograr mejorarlo, para poder obtener una información más amplia, de ser necesario agregar, modificar o substituir algunas de las preguntas que se realizan en el mismo.- En relación a los pacientes, tratar de que todas y cada una de las preguntas sean fáciles de entender para que el paciente pueda contestar de una manera más correcta, adecuándose en cada caso a lograr la comunicación en la forma habitual del paciente.

El autor de éste trabajo de investigación ,considera que se ---- que se puede ampliar en relación a la cantidad del número de los -- pacientes encuestados, se puede ampliar el contenido del cuestionario, poder aplicar el mismo no unicamente en el servicio de urgencias, y que la información que se logró recolectar sirva para aplicarla en la practica diaria en la consulta de cada unidad médica, con lo cual se podrá lograr una labor permanente de prevención, control y tratamiento, para el número tan elevado de pacientes que acuden - para recibir atención médica para su hipertensión arterial, controlada o descontrolada, queda así abierta la invitación a poder realizarlo.

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Roberts, S.C. : the hypertensive diseases, evidence that systemic hypertension is a great risk factor to the development of the other -- Cardiovascular diseases that previously suspected. AM J. Med. 59:523, 1975.
- 2.- Hipertensión detecciónand follow-up prorgram cooperative group: -- Blood pressure estudies in 14 comunities: J.A.M.A. 237:2385, 1977.
- Perruse L Moll PP. Sing CF, et al :Evidence that a single gene with -- -gender and age dependent effects influences systolic blood presure determination in a población-based sample. AM J HUM. Genet. 49:94 1991. 3.-
- 4.- Falkner B. Kushner H.Khalsa D.K. et al: Sodium sensitivity growth and family History of Hipertensión in a young blacks. J Hipertens 4 -- (suppl): S38, 1986.
- 5.- Estaessen J. Bulpitt CJ. Fagart L. et al : familial agregación blood pressure anthropometric characteristics and urinary excreción of sodium and potasium. A población study in two Belgin towns. Antro 1984.
- 6.- Schieken R.M. Eaves LJ Hewitt L.K. et al : Mutivariated genetics - Analysis of blood presure and body size, the medical college of Virginia Twin study. Circulación 1992 In press.
- 7.- alpert. BS. Dover EU. Booker DL. et al: blood presure responseto - dynamic exercise in healty children, Blacks VS White. J. Pediatr. 99: 333-334. 1981.
- 8.- Soto LF Kikuchi DA Arcilla RA et al: Echocardiografic fuctions and blood presure levels in children and young adults from a biracial populations: The Bugalusa Heart study. AM.J. Med. Sci. 297:271-279, 1989.
- 9.- Pooling project Research Group: Relationship of blood presure serum choleateral, Smoking habits, relative weighth and ECG. abnormalities, to the incidence of major coronary events final report of Poo -- ling Project: Journal of Chronic diseases 31:201, 1978.
- 10.- Zemel PC, Sowers JR. Relación between lipids and atherosclerosis: Epidemiologic evidence and clinical implicatios. AM J Cardiol 66:71-121, 1990.
- 11.- AristimunoGG, Foster TA. Vuorsaw, et al : influence of persistent obesity in children on cardiovascular risk factor, Bugalusa heart Study, Circulación 69: 898-904, 1984.

- 12.- Rocchini AP, Katch V Anderson J. et al: Blood pressure and obese - adolescents effect of weight loss, Pediatrics 82:116-123, 1988.
- 13.- Becque MD, Katch UL, Rocchini AP et al: Coronary Risk incidence obese adolescents: Reductions of exercise Plus diet Intervention Pediatrics: 81 605-612, 1988.
- 14.- Agrest A :Hipertensión arterial, 1-7 1992
- 15.- Rusamond Thomas L Field Larry E; 87-88, Manual of Medical Therapeutics, 1991.
- 16.- H Williams G Braunwald E. 196: 1261 Harrison's, Principles of -- internal medicine, 1990.
- 17.- Pickering, G: Hipertensión: definitions, Natural Histories and -- consequences: AM. J. med. 52: 570, 1972.
- 18.- J.A.M.A. 256: 70 1986.
- 19.- Lancet, 1: 1349, 1985.
- 19.- Lancet, 1: 1349, 1985.
- 20.- Kaplan, N.M.: Clinical Hipertensión, Williams and Wilkins Co. 1990.
- 21.- Mac Gillivray, I and Col.: Blood pressure survey in pregnancy, --- Clin. Sci 37: 395, 1989.

**HIPERTENSION ARTERIAL CAUSAS
MAS FRECUENTES DE DESCONTROL
EN UN SERVICIO DE URGENCIAS**

INFORMACION A RECOLECTAR

EDAD

SEXO

T. A.

1. - TRASGRESION HIGIENICO DIETE_
TICA TIPOS

abuso en el consumo desal si no
come botanas si no
toma refrescos si no
frie sus alimentos si no
come carne roja si no
come huevo si no
toma leche si no

2. - TRASGRECION MEDICAMENTOSA

deja de tomar sus medicamentos si no
cuantas veces a la semana si no
solo los toma cuando se siente mal si no

3. - HABITOS DE EJERCICIO FRECUENTE

realiza ejercicio si no
que tipo de ejercicio si no
cuantas veces a la semana

4. - ALCOHOLISMO

toma bebidas alcoholicas si no
 desde hace cuanto tiempo
 toma diario
 que cantidad

5. - TABAQUISMO

fuma si no
 desde hace cuanto tiempo
 fuma a diario si no
 que cantidad

6. - CONSUMO DE CAFE

toma café si no
 cuantas tazas al día
 se excede en el numero de tazas diarias

7. - ESTRES

como es su ambiente de trabajo
 como es su ambiente familiar
 tiene problemas para transportarse a su trabajo o domicilio

8. - DROGAS

se ha estimulado con alguna droga si no
 ha consumido cocaína si no
 se autorreceta medicamentos si no

9. - ANTICONCEPTIVOS Y ESTROGENOS

utiliza medicamentos para control de fertilidad si no
 desde hace cuanto tiempo
 toma medicamentos para la menopausia u osteoporosis si no
 desde hace cuanto tiempo y cuantas veces al día

10. - FACTORES INSTITUCIONALES

de los medicamentos para el control de su hipertensión arterial:
 se los dan en forma suficiente y oportuna si no
 de no haberlo le han cambiado su medicamento por otro similar
 ha llegado a tener que comprarlo de su dinero si no

11. - RELACION MEDICO PACIENTE

lleva buena relacion con su Médico si no
le ha informado de las ventajas del control de la presión arterial
de las desventajas del descontrol de la presión arterial
de los medicamentos que le receta cantidad y horario
de las actividades complementarias, dieta, hábitos de ejercicio
si tiene dudas el Médico le escucha y le responde en forma que usted
entiende.

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**