

1122637
31

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.
FACULTAD DE MEDICINA.
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO E INVESTIGACION.
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR.
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES
PARA LOS TRABAJADORES DEL ESTADO.
HOSPITAL GENERAL PACHUCA.
I. S. S. S. T. E.

PREVALENCIA DE PACIENTES HIPERTENSOS EN LA
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE MIXQUIAHUALA.

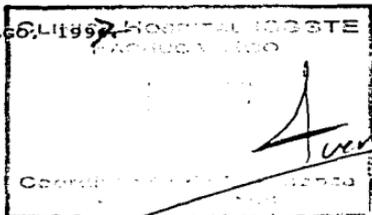
TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER EL
DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR.

P R E S E N T A :

DRA. MARIA GUADALUPE ESCUDERO BADILLO.

PACHUCA DE SOTO, HIDALGO, 1997 HOSPITAL ISSSTE
PACHUCA, HIDALGO

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

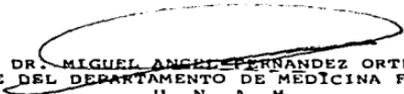
El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

PREVALENCIA DE PACIENTES HIPERTENSOS EN LA
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE MIXQUIAHUALA.

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PRESENTA:

DRA. MARIA GUADALUPE ESCUDERO BADILLO.

A U T O R I Z A C I O N E S



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



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



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

TRABAJO DE INVESTIGACION QUE PARA OBTENER
EL DIPLOMA DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR.

P R E S E N T A :

DRA. MARIA GUADALUPE ESCUDERO BADILLO.

PREVALENCIA DE PACIENTES HIPERTENSOS EN LA
CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE MIXQUIAHUALA.

DR. BENJAMIN NAJERA ISLAS.
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION
EN MEDICINA FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN EL
HOSPITAL GENERAL PACHUCA.

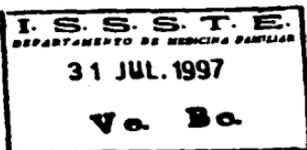
DR. J. ALFREDO MEDLA CARRASCO.
ASESOR DE TESIS.

DR. EMILIO ARANIEL GUERRERO.
ASESOR TESIS I. S. S. S. T. E.

DR. FRANCISCO LIZCANO ESPERON.
ASESOR TESIS U.N.A.M.

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

HOSPITAL GENERAL PACHUCA, ENERO DE 1996.



A G R A D E C I M I E N T O S .

A MIS PADRES, ESPOSO E HIJOS.
GRACIAS A LOS CUALES FUE PO-
SIBLE ALCANZAR UNA META MAS
EN EL CAMINO DE MI VIDA.

DR. JOSE ALFREDO PAGOLA CARRASCO.
POR SUS CONSEJOS Y AYUDA QUE ME
BRINDO EN LA ELABORACION DE ES-
TE TRABAJO.

I N D I C E.

TITULO.....	
INDICE.....	
MARCO TEORICO.....	
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	
JUSTIFICACION.....	
OBJETIVOS.....	
METODOLOGIA	
1.- TIPO DE ESTUDIO.....	
2.- POBLACION LUGAR Y TIEMPO.....	
3.- TIPO DE MUESTRA Y TAMAÑO.....	
4.- CRITERIOS DE INCLUSION, EXCLUSION Y ELIMINACION.....	
5.- VARIABLES DE MEDICION.....	
6.- PROCEDIMIENTOS PARA CAPTAR LA INFORMACION.....	
7.- CONSIDERACIONES ETICAS.....	
RESULTADOS.....	
ANALISIS DE RESULTADOS.....	
CONCLUSIONES.....	
BIBLIOGRAFIA.....	
ANEXOS.....	

ANTECEDENTES Y MARCO TEORICO.

LA HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL ES LA ENFERMEDAD --
CRONICA MAS FRECUENTE EN EL MUNDO Y ES UNO DE LOS FACTORES
DE RIESGO CARDIOVASCULAR PRIMARIOS QUE PUEDE AFECTAR PRAC-
TICAMENTE TODOS LOS ORGANOS DE LA ECONOMIA. SU DISTRIBU--
CION ES MUNDIAL, AFECTA A TODAS LAS RAZAS Y PRINCIPALMENTE
A LA POBLACION QUE SE ENCUENTRA ENTRE LA CUARTA Y QUINTA -
DECADA DE LA VIDA.

POR SU CURSO CLINICO ASINTOMATICO EN ETAPAS INICIALES
SU DETECCION ES DIFICIL Y SE CALCULA QUE APROXIMADAMENTE -
SOLO EL 50% DE LOS HIPERTENSOS SE CONOCEN PORTADORES DE --
TAL ENFERMEDAD Y AUN MAS, SOLO LA MITAD DE ESTOS PACIENTES
RECIBEN UN MANEJO ADECUADO DEL PADECIMIENTO. (1).

DESDE EL FINAL DE LA DECADA DE 1940 SE INICIARON ESTU
DIOS EPIDEMIOLOGICOS PARA CONOCER LA IMPORTANCIA DE LOS --
FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR SOBRE LA APARICION DE E-
VENTOS CORONARIOS Y CEREBROVASCULARES. HASTA ESA EPOCA, --
LAS BASES PARA CONSIDERAR QUE LA HIPERTENSION ARTERIAL, LA
HIPERCOLESTEROLEMIA O EL TABAQUISMO PREDISPONIAN A LA APA-
RICION DE PADECIMIENTOS CARDIOVASCULARES PROVENIA DE LA OB
SERVACION DE CASOS AISLADOS O DE MODELOS EXPERIMENTALES.EL
ESTUDIO DE POBLACIONES PERMITIO LLEGAR A CONCLUSIONES SIN-

SESGO Y AYUDO A CALCULAR EL EFECTO DE LA ADQUISICION O LA EXPOSICION A LOS LLAMADOS FACTORES DE RIESGO. EL ESTUDIO-- FRAMINGHAM ES UNA DE LAS INVESTIGACIONES MAS IMPORTANTES - SOBRE EL EFECTO DE LOS FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR, - POR LO QUE RESPECTA A LA HIPERTENSION ARTERIAL, DEMOSTRO - QUE EL PROMEDIO EN LAS CIFRAS DE PRESION ARTERIAL EN PA--- CIENTES CON VARIACIONES NOTABLES EN LAS CIFRAS TENSIONALES (ANTERIORMENTE CATALOGADOS COMO HIPERTENSOS LABILES) ERA - UN DATO PREDICTIVO DE EVENTOS CARDIOVASCULARES Y AYUDO A - RECONOCER LA IMPORTANCIA DE LA HIPERTENSION SISTOLICA COMO FACTOR DE RIESGO. (19).

LA HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA ES EL PRINCIPAL -- PROBLEMA DE SALUD PUBLICA EN LOS PAISES DESARROLLADOS, SE LE HA DADO EL APELATIVO DE "ENEMIGO SILENCIOSO", PUES CON MUCHA FRECUENCIA ES UNA ENFERMEDAD ASINTOMATICA, Y ES LA - CAUSA DIRECTA DE COMPLICACIONES LETALES.

EL PADECIMIENTO SE CONSIDERA DE ORIGEN MULTIFACTORIAL PUES EXISTE INFLUENCIA FAMILIAR, RACIAL, OCUPACIONAL Y HAY UNA ESTRECHA RELACION CON OBESIDAD, HIPERCOLESTEROLEMIA, - ESTRES, INGESTA DE SAL, EDAD, SEXO, TABAQUISMO E INTOLERAN CIA A LA GLUCOSA EN SU PRESENTACION. SE CALCULA QUE EL 20% DE LA POBLACION GENERAL ADULTA MUNDIAL TIENE HIPERTENSION- ARTERIAL, Y DE ELLOS SOLO UN 40% ESTA DIAGNOSTICADO Y SI-- GUE EN TRATAMIENTO CORRECTIVO REGULARMENTE.

MAS DEL 50% DE LAS MUERTES DE HIPERTENSOS ESTAN ASOCIADOS CON INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO, INSUFICIENCIA CARDIACA, ACCIDENTES VASCULARES, CEREBRALES E INSUFICIENCIA RENAL CRONICA.

LA OMS CONSIDERA QUE LAS CIFRAS TENSIONALES SISTOLICAS MAYORES A LOS 160 mmHg Y LAS DIASTOLICAS MAYORES A 90-mmHg CONSTITUYEN UN RIESGO PARA LA SALUD Y DEBEN SER TRATADAS.

LA HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA SIN CAUSA DIRECTA-APARENTE SE DENOMINA PRIMARIA, IDIOPATICA O ESENCIAL. CUANDO EXISTE UNA CAUSA RELACIONADA EN SU ORIGEN SE DENOMINA SECUNDARIA. (2)

LA FRECUENCIA Y LA PREVALENCIA DE LAS ENFERMEDADES CRONICAS EN CADA PAIS INDICAN EL ESTADO GLOBAL DE SALUD DE LA POBLACION, ASI COMO LA CALIDAD DE VIDA DE CADA UNO DE SUS HABITANTES. ESTAS ENFERMEDADES LIMITAN LA PRODUCTIVIDAD Y COMO CONSECUENCIA ORIGINAN PERDIDAS ECONOMICAS, TANTO INDIVIDUALES COMO SOCIALES E INSTITUCIONALES, SECUNDARIAS AL TRATAMIENTO Y EN MAYOR GRADO POR LAS COMPLICACIONES CRONICAS.

LA HIPERTENSION ARTERIAL ES UNA ENFERMEDAD COMPLEJA Y MULTIFACTORIAL, QUE IMPLICA POR SI MISMA UNA REDUCCION EN LA EXPECTATIVA DE VIDA Y ES SIN DUDA UNA CAUSA IMPORTANTE-

EN LAS DEFUNCIONES POR EL ELEVADO RIESGO DE COMPLICACIONES CARDIACAS, NEUROLOGICAS Y RENALES. UNA CARACTERISTICA DE ESTA ENTIDAD ES EL PRESENTARSE EN FORMA ASINTOMATICA, AUNQUE EL DAÑO ORGANICO CONCOMITANTE SEA PROGRESIVO.

EN EL IMSS EL 3.92% DE LAS CONSULTAS DE MEDICINA FAMILIAR SE PROPORCIONAN A PACIENTES HIPERTENSOS; DE ESTOS CORRESPONDEN A CITAS DE PRIMERA VEZ UN 16.7%. EL 1.43% DEL TOTAL DE LAS CONSULTAS DE ESPECIALIDAD SE OTORGARON AL HIPERTENSO, DE LOS CUALES EL 34% FUERON DE PRIMERA VEZ. EL 0.57% DEL TOTAL DE LOS EGRESOS HOSPITALARIOS, FUERON PACIENTES HIPERTENSOS. EL 1.70% DEL TOTAL DE LAS DEFUNCIONES HOSPITALARIAS CORRESPONDIERON AL HIPERTENSO. (3)

LA HIPERTENSION ARTERIAL ES UNA ENFERMEDAD DEL SIGLO XX SOLO POR QUE LA MEDICION DE LA PRESION SANGUINEA ARTERIAL SE VOLVIO POSIBLE EN FORMA CONVENIENTE CUANDO SCIPIO RIVA-ROCCI (1863-1937) PERFECCIONO UNA VERSION ANTERIOR DEL MODERNO ESFIGNOMANOMETRO EN 1896.

STHEPEN HALES, EL CLERIGO INGLÉS FUE EL PRIMERO EN MEDIR LA PRESION SANGUINEA DE MANERA DIRECTA EN UNA YEGUA EN 1733 Y LOS INVESTIGADORES, UTILIZANDO MANOMETROS DE MERCURIO HABIAN MEDICO LA PRESION DE LA SANGRE EN DIVERSAS FORMAS EN EL SIGLO XIX. RICHARD BRUGHT (1789-1858) DURANTE EL CURSO DE SUS CLASICOS ESTUDIOS DE LA ENFERMEDAD QUE LLEVA SU NOMBRE; CONCLUYO QUE EL VENTRICULO IZQUIERDA DE GRAN ES

PESOR, LA AORTA DILATADA Y LA ENFERMEDAD ARTERIAL PODIA DE
BERSE AL AUMENTO DE LA RESISTENCIA A LA CIRCULACION DE LA-
SANGRE EN EL INTERIOR DE LOS VASOS SANGUINEOS, PERO BRIGHT
CARECIA DE METODO PARA MEDIR LA PRESION ARTERIAL.

AL EMPEZAR EL SIGLO, RECKINGHAUSEN OBSERVO LAS CIFRAS
ALTAS FALSAS DE PRESION ARTERIAL QUE PODIAN OBTENERSE ESPE-
CIALMENTE EN EL OBESO USANDO BRAZALETES ESTRECHOS COMO LOS
QUE EMPLEABA RIVA-ROCCI: EL BRAZALETE STANDARD QUE SE USA--
EN LA ACTUALIDAD DE 12.5 CM DE ANCHURA, DEBE SU ORIGEN A -
LA INVESTIGACION DE RECKINGHAUSEN.

KORATKOFF EN 1905 DESCRIBIO LOS CINCO SONIDOS QUE SE-
ESCUCHAN SOBRE LA ARTERIA HUMERAL, DISTALES AL BRAZALETE, A
MEDIDA QUE LA PRESION EN EL ESFIGNOMANOMETRO VA REDUCIENDO
EL EXAMEN DE LA RETINA COMO UN ESPEJO EN EL CUAL SE--
OBSERVO LOS CAMBIOS ARTERIOLARES EN LA HIPERTENSION POR MO
ORE EN 1916 Y POR GUNN EN 1928 CONSTITUYO UN AVANCE MAYOR,
PERO LA RELACION INTIMA DE LOS CAMBIOS DEL FONDO OCULAR --
CON EL PRONOSTICO FUE ACLARADO POR KEITH, WAGENER Y BARKER
LOS CUALES EN 1939 RESUMIERON UNA DECADA DE TRABAJOS Y CLA
SIFICARON LOS CAMBIOS RETINIANOS EN CUATRO GRADOS DE GRA-
VEDAD CRECIENTE. ELLOS DISTINGUIERON CON PRECISION EL PRO-
NOSTICO DE LA HIPERTENSION.

LOS ESTUDIOS DE NECROPSIA DE CLAWSON Y BELL PUSIERON-
DE MANIFIESTO LOS EFECTOS ADVERSOS DE LA HIPERTENSION SO--
BRE EL CORAZON, ENCEFALO Y LOS RIÑONES.

MUCHOS ESTUDIOS, INCLUYENDO LOS DE STAMLER, 1967; DE KANNEL EN 1974, EN LOS ULTIMOS 20 O 30 AÑOS INDICAN QUE LA HIPERTENSION ES UNA DE LAS ENFERMEDADES MAS IMPORTANTES EN LA CIVILIZACION OCCIDENTAL Y EL FACTOR DE RIESGO INDIVIDUAL MAS IMPORTANTE EN LA PATOGENESIS DE LA ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR.

LA HIPERTENSION ARTERIAL ES UN TRASTORNO CUYA PATOGENIA SE DESCONOCE EN MUCHOS CASOS, QUE EN ULTIMA INSTANCIA CAUSA AUMENTO DE LA PRESION DIASTOLICA Y SISTOLICA, ALTERACIONES DEL LECHO VASCULAR Y ALTERACIONES FUNCIONALES DE TENDONES AFECTADOS. (4)

**CLASIFICACION DE LA PRESION ARTERIAL EN ADULTOS.
MAYORES DE 18 AÑOS JNC-V.**

PRESION ARTERIAL	SISTOLICA (mmHg)	DIASTOLICA. (mmHg)
NORMAL	- 130	-85
NORMAL ALTA	130-139	85-89

HIPERTENSION ARTERIAL.

ESTADIO I (LEVE)	140 - 159	90 - 99
ESTADIO 2 (MODERADO)	160 - 179	100 - 109
ESTADIO 3 (SEVERO)	180 - 209	110 - 119
ESTADIO 4 (MUY SEVERA)	-210	-120
HTAS AISLADA	-140	-90

JNC-V COMITE NACIONAL CONJUNTO SOBRE DETECCION, EVALUACION
Y TRATAMIENTO DE HIPERTENSION ARTERIAL 1993. (5)

DE ACUERDO CON LA CAUSA SE UTILIZA LA SIGUIENTE

C L A S I F I C A C I O N .

I.- HIPERTENSION SISTOLICA Y DIASTOLICA.

A) - PRIMARIA, ESENCIAL O IDIOPATICA.

B).- SECUNDARIA.

1.- RENAL

A).- ENFERMEDAD DEL PARENQUIMA: GLOMERULONEFRITIS, DIABETES, POLIQUISTOSIS, ENFERMEDADES DE LA COLAGENA, HIDRONEFROSIS, ETC.

B).- RENOVASCULAR

C).- TUMORES PRODUCTORES DE RENINA.

2.- ENDOCRINA

A).- ACKROMEGALIA

B).- HIPO E HIPERTIROIDISMO.

C).- HIPERCALCEMIA

D).- SUPRARRENAL: CORTISOL, SINDROME DE CUSHING, ALDOSTERONISMO PRIMARIO. MEDULAR: FEOCROMOCITOMA.

3.- COARTACION DE LA AORTA

4.- INDUCIDA POR EL EMBARAZO

5.- POR TRASTORNOS NEUROLOGICOS: TUMORES CEREBRALES, ENCEFALITIS, ACIDOSIS RESPIRATORIA, CUADRIPARESIS, PORFIRIA AGUDA, SINDROME GUILLAEN BARRE.

6.- POR STRESS FISICO O MENTAL AGUDO INCLUYENDO CIRUGIA.

II.- HIPERTENSION SISTOLICA

A.- AUMENTO DEL GASTO CARDIACO:

1.- INSUFICIENCIA VALVULAR AORTICA.

2.- FISTULA ARTERIOVENOSA, PERSISTENCIA DEL CONDUCTO ARTERIOSO.

3.- TIROTOXICOSIS

4.- ENFERMEDAD OSEA DE PAGET.

5.- BERI BERI.

B).- RIGIDEZ DE LA AORTA.

(4)

UNA VEZ QUE SE HA HECHO EL DIAGNOSTICO, SE CONSIDERA QUE LAS VALORACIONES POSTERIORES DEBEN HACERSE CADA UNO O DOS MESES, AUNQUE ESTO DEPENDA DE LA SEVERIDAD DE LAS CIFRAS. AL INICIAR EL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO, LA PRIMERA VALORACION DEBE SER A LA SEMANA DE SU INSTALACION, YA QUE LOS EFECTOS SECUNDARIOS DE LOS MEDICAMENTOS PUEDE MANIFESTARSE EN ESTAS ETAPAS, LO QUE PROVOCARIA QUE EL PACIENTE SUSPENDA EL TRATAMIENTO. ADEMAS SE PUEDE VERIFICAR SI EL PACIENTE COMPRENDIO LAS ESPECIFICACIONES DEL MISMO.

DESPUES DE LA VALORACION INICIAL, EL TRATAMIENTO ES EL FACTOR MAS IMPORTANTE, LO DIVIDEN EN DOS TIPOS: NO FARMACOLOGICO QUE MODIFICAN EL ESTILO DE VIDA Y EL FARMACOLOGICO, EL PRIMERO ES NECESARIO PORQUE PUEDE CONTROLAR A UN CIERTO NUMERO DE PACIENTES CON HIPERTENSION LEVE O PERMITIR EL USO DE MENORES DOSIS DE MEDICAMENTOS. LAS MEDIDAS NO FARMACOLOGICAS SON EVITAR EL TABAQUISMO A TODA COSTA, REDUCCION DE PESO, MODERACION EN EL CONSUMO DE ALCOHOL, PRACTICAR EJERCICIO REGULAR (NO EXCESIVO: CAMINAR, CORRER, TROTAR O CICLISMO, POR LO MENOS DE TRES A CINCO VECES POR SEMANA) ASI COMO UNA INGESTA DE CLORURO DE SODIO (MENOS DE 5 A 6 g/DIA).

EL TRATAMIENTO FARMACOLOGICO SE RESERVA PARA AQUELLOS PACIENTES CON TA QUE NO PUEDE SER MANTENIDA EN LOS LIMITES NORMALES POR METODOS NO FARMACOLOGICOS.

LA META INICIAL DEL TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO ES -
ALCANZAR Y MANTENER LA TA DIASTOLICA MENOR DE 90 mmHg SIN
COMPROMISO RENAL, CEREBRAL O MIOCARDICO Y SIN QUE EXISTAN
SINTOMAS SECUNDARIOS INTOLERABLES.

LAS METAS DEL TRATAMIENTO SON EL CONTROL DE LAS CI---
FRAS DE LA PRESION ARTERIAL DURANTE TODA LA VIDA DEL PA---
CIENTE, LA EVALUACION Y ELECCION APROPIADA DE LA TERAPIA.

ADEMAS DEBEN ESTIMULARSE PROGRAMAS DE PREVENCION PRI-
MARIA PARA MEJORAR LAS ESTRATEGIAS POBLACIONALES, PROGRA--
MAS DE DETECCION Y CONTROL DE LOS GRUPOS DE ALTO RIESGO,--
ASI COMO EL PAPEL FAMILIAR DE LA ENFERMEDAD. (6)

RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DEL PACIENTE HIPERU
TENSO. TERAPIA FARMACOLOGICA Y NO FARMACOLOGICA, PUEDE SER
INICIADA UNA EVALUACION CUIDADOSA DE LA HIPERTENSION, IN--
CLUYE MEDICION DE PRESION SANGUINEA CONTINUA Y ASOCIACION
DE FACTORES DE RIESGO CARDIOVASCULAR. MODIFICACIONES EN EL
ESTILO DE VIDA: SE RECOMIENDA SIEMPRE PERDIDA DE PESO CUANU
DO HAY SOBREPESO, ACTIVIDAD FISICA REGULAR, RESTRICION DE
SODIO, MODERACION EN EL CONSUMO DE ALCOHOL, SUPRIMIR CIGA-
RRILLOS.

A CONTINUACION REVISAREMOS LOS MECANISMOS DE ACCION -
DE ALGUNOS FARMACOS ANTIHIPERTENSIVOS Y LAS VENTAJAS QUE O
FRECEEN.

LA TERAPIA INICIAL: LOS REPORTES ABOGAN POR EL USO DE
BAJAS DOSIS DE DIURETICOS O DE BETABLOQUEADORES, DE ACUER-
DO A CONTRAINDICACIONES POR ENFERMEDAD CONCOMITANTE, OTKAS
DROGAS PUEDEN SER USADAS COMO TERAPIA INICIAL: INHIBIDORES
DE LA ECA, CALCIOANTAGONISTAS, ALFA BLOQUEADORES Y ALBETA-
BLOQUEADORES. (7)

SE DEMOSTRO LA REDUCCION EN LA HIPERTROFIA VENTRICU--
LAR IZQUIERDA DESPUES DE DOCE MESES DE TRATAMIENTO CON CAP
TOPRIL. (8)

LA TERAPIA ACTIVA SIGNIFICATIVAMENTE REDUCE LOS RIES-
GOS DE MORTALIDAD DEBIDO A ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES,-
INFARTO DEL MIOCARDIO Y EN MORBILIDAD DEBIDO A FALLA VEN--
TRICULAR IZQUIERDA Y NO MORTAL A EVENTOS CEREBROVASCULARES
(9)

LA RESISTENCIA A LA INSULINA HA SIDO APLICADA EN LA -
PATOGENESIS DE LA HIPERTENSION ESENCIAL Y TAMBIEN ASOCIADO
CON OBESIDAD. LA HIPERINSULINEMIA PUEDE AUMENTAR LA PRE---
SION SANGUINEA Y ES ASOCIADA CON TROMBOSIS VENOSA Y ARTE--
RIAL; TAMBIEN AUMENTAN LOS NIVELES DE LIPIDOS. LA RESISTENU
CIA A LA INSULINA Y LA HIPERINSULINEMIA ES ASOCIADA CON FI
BRINOLISIS POR ALTOS NIVELES DE FIBRINGENO Y PLASMINGENO
ACTIVADOR E INHIBIDOR ENDOTELIAL, IDENTIFICANDO INDIVIDUOS

PROPENSOS A INFARTO DEL MIOCARDIO.

ALGUNAS DROGAS ANTIHIPERTENSIVAS COMO BETABLOQUEADO--RAS, METILDOPA Y DIURETICOS AUMENTAN LA RESISTENCIA A LA--INSULINA; INHIBIDORES DE LA ECA NO HAN MOSTRADO EFECTOS METABOLICOS ADVERSOS. LOS ALFA UNO BLOQUEADORES FUE BENEFICO Y ALFA DOS AGONISTA FUE NEUTRAL, MIENTRAS LOS ANTAGONISTAS DEL CANAL DE CALCIO ESTAN EN CONTROVERSA. (10)

EL STRESS PUEDE CONTRIBUIR A LA INICIACION Y MANTENIMIENTO DE LA CONDICION HIPERTENSIVA. (11)

LOS ANTAGONISTAS DEL CANAL DE CALCIO INDUCE UNA SIGNIFICATIVA REGRESION DE HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA, UN FACTOR DE MORBILIDAD Y MORTALIDAD ES CONSIDERADO INDEPEN--DIENTE DEL NIVEL DE PRESION ARTERIAL. SON BIEN TOLERADOS - DESDE EL PUNTO DE VISTA CLINICO Y BIOLOGICO. (12)

LOS INHIBIDORES DE LA ECA HOY EN DIA SON AMPLIAMENTE EMPLEADOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL, SE MOSTRARON NIVELES COMPARABLES DE EFICACIA Y MEJOR TOLE-RABILIDAD, FUE COMPARADO CON OTROS AGENTES ANTIHIPERTENSI-VOS.

EN LA HIPERTENSION ARTERIAL LEVE HA SIDO DEMOSTRADO - QUE ES MAS EFICAZ QUE LA TERAPIA NO FARMACOLOGICA, ES RECOMENDADO COMO EL PRIMER PASO TERAPEUTICO.

VENTAJAS POTENCIALES PARA EL CONTROL DE FACTORES DE RIESGO METABOLICO ASOCIADO Y EFECTOS CARDIACOS Y RENALES - ESPECIFICOS, HACE A ESTAS DROGAS EL PRIMER PASO PARA LA TERAPIA FARMACOLOGICA DE LA HIPERTENSION LEVE. (13)

DURANTE SEIS MESES EL CAPTOPRIL REDUJO LA ALBUMINURIA EN UN GRUPO DE PACIENTES DIABETICOS TIPO II CON HIPERTENSION ARTERIAL Y NEFROPATIA DIABETICA. (14)

LA CLORTALIDONA 50 mg CADA 48 HORAS FUE EFECTIVA PARA CONTROLAR LA PRESION SANGUINEA Y REDUCE LA MASA VENTRICULAR IZQUIERDA EN PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA. (15)

LA CLORTALIDONA EN BAJAS DOSIS ES EFECTIVA PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA LEVE, BAJAMENTE POR UNA RESISTENCIA VASCULAR SISTEMICA MAS BAJA. (16)

LA HIPERTENSION E HIPERCOLESTEROLEMIA ES FRECUENTEMENTE EL PRINCIPAL FACTOR DE RIESGO CARDIOVASCULAR. EL DIXASIN UN BLOQUEADOR ALFA ADRENERGICO Y ENALAPRIL UN INHIBIDOR DE LA ECA, AMBAS DROGAS REDUCEN SIGNIFICATIVAMENTE LA PRESION SANGUINEA SIN MODIFICAR LA FRECUENCIA CARDIACA. EL DOXAZOSIN MODIFICA FAVORABLEMENTE EL PERFIL DE LIPIDOS PLASMATICOS, EL ENALAPRIL SIGNIFICATIVAMENTE REDUCE LOS NIVELES DE COLESTEROL, LIPIDOS Y LIPOPROTEINAS DE ALTA DENSIDAD (17)

EN EL PACIENTE ANCIANO DE 60 A 65 AÑOS CON PRESION --
SANGUINEA ELEVADA (160/99 mmHg) BAJO CONDICIONES DE DESCAN
SO ES UN FACTOR DE RIESGO QUE REQUIERE TRATAMIENTO. TAM---
BIEN APLICADO A UNA PRESION SISTOLICA AISLADA (160 mmHg) Y
UNA PRESION DIASTOLICA MAYOR DE 90 mmHg. EL TRATAMIENTO IN
DIVIDUAL PUEDE CLARO MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA Y PRONOSTI
CO DEL ANCIANO HIPERTENSO.

EN VISTA DE LA IMPORTANCIA DEL AUMENTO DE LA RESISTEN
CIA VASCULAR PERIFERICA EN EL PACIENTE ANCIANO. EL CONCEP
TO ANTIHIPERTENSIVO SIEMPRE INCLUIA UN VASODILATADOR. SE -
RECOMIENDA TOMAR CALCIO ANTAGONISTA EN PARTICULAR LOS DEL
TIPO DIHIDROPIRIDINA CUANDO SON BIEN TOLERADOS, SON PRO---
PIOS PARA TRATAR LA HIPERTENSION EN EL ANCIANO. EN SUMA LA
VENTAJA ES QUE VIRTUALMENTE NO HAY MAYORES CONTRAINDICACIO
NES. ESTAS SUBSTANCIAS EJERCEN UN EFECTO UNIFORME POR 24 -
HORAS, EN UNA SOLA DOSIS Y MEJOR TOLERABILIDAD. (18).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE MIXQUIAHUALA SE CUENTA CON UNA POBLACION ADSCRITA HASTA EL MES DE OCTUBRE DE 1995 DE 6 458 DERECHOHABIENTES Y UNA POBLACION USUARIA DE 5 236 SIENDO EL 38.88% DE LA POBLACION CORRESPONDIENTE A HIJOS DE LOS TRABAJADORES; EL 28.86% ESTA COMPUESTA DE TRABAJADORES. EL 16.01% ESTA INTEGRADA POR PADRES DEL TRABAJADOR. EL 12.10% SE COMPONE DE ESPOSAS Y ESPOSOS. EL 4.15% ESTA REPRESENTADA POR PENSIONISTAS.

EN LA CONSULTA DIARIA SE HA OBSERVADO UNA ALTA FRECUENCIA DE HIPERTENSOS EN UN PORCENTAJE DE 7.25% A 8% MENSUAL.

EL ANUARIO ESTADISTICO DEL ISSSTE, CON RESPECTO A LA MORBILIDAD DE LA ENFERMEDAD HIPERTENSIVA, EN LA REPUBLICA MEXICANA ENCONTRAMOS:

AÑOS	CASOS	TASAS *
1990	116 167	1 329.5
1991	106 762	1 255.0
1992	90 754	1 056.4
1993	95 348	1 069.0
1994	103 601	1 138.3
1995	101 171	1 101.7

EL ANUARIO ESTADISTICO REPORTA LA MORBILIDAD DE CASOS
NUEVOS DE HIPERTENSION NOTIFICADOS EN EL ESTADO DE HIDALGO
COMO SE REPRESENTA A CONTINUACION.

AÑOS	CASOS	TASAS *
1994	5 067	2 917.7
1995	6 944	3 922.6

EN BASE A ESTAS ESTADISTICAS ES IMPORTANTE DESTACAR
LA TRACENDENCIA DE LA HIPERTENSION ARTERIAL COMO SUSTRATO
DE LA MORBILIDAD Y LA MORTALIDAD.

* TASA POR 100 000 DERECHOHABIENTES.

JUSTIFICACION.

MAS DE 60 MILLONES DE ADULTOS EN ESTADOS UNIDOS DE --
AMERICA SON HIPERTENSOS.

EN TODO GRUPO DE EDAD ADULTA, LOS VALORES ALTOS DE LAS
PRESIONES ARTERIALES SISTOLICA Y DIASTOLICA IMPLICAN MAYO-
RES RIESGOS DE APOPLEJIA E INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTI
VA.

EL 65% DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS EN ESTADOS UNIDOS
DE AMERICA ESTAN CONTROLADOS ADECUADAMENTE HOY EN DIA, EN
COMPARACION CON SOLO 16% EN 1972. LA HIPERTENSION ES UNA -
CAUSA PREDECIBLE IMPORTANTE DE ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR;-
SI NO SE TRATA, INCREMENTA LA INCIDENCIA DE FALLECIMIENTOS
APOPLEJIA, ACCIDENTES CORONARIOS, INSUFICIENCIA CARDIACA Y
RENAL. AUNQUE LA HIPERTENSION SOLA AUMENTA EL RIESGO DE CA
DA UNO DE ESTOS TRASTORNOS; ES SINERGICA CON OTROS FACTO--
RES DE RIESGO COMO HIPERLIPIDEMIA, EL FUMAR Y DIABETES. SO
LO UN 50% DE LA POBLACION DE HIPERTENSOS SABE QUE PADECE -
EL TRASTORNO Y LA MITAD DE ELLOS RECIBE TRATAMIENTO PARA -
NORMALIZAR SU PRESION.

EN CASI 95% DE LOS CASOS NO ES POSIBLE ESTABLECER ALGUNA CAUSA, EL TRASTORNO OCURRE EN 10 A 15% DE LOS ADULTOS CAUCASICOS Y 20 A 30% DE LOS ADULTOS NEGROS EN EUA, LA -- HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL SUELE INICIARSE ENTRE LOS 25 Y 55 AÑOS AÑOS. LA HIPERTENSION ES HARA ANTES DE LOS - 20 AÑOS DE EDAD. EN LAS PERSONAS JOVENES SUELE SER CAUSA- DA POR INSUFICIENCIA RENAL O COARTACION DE LA AORTA (21)

EL ESTUDIO SOBRE HIPERTENSION ARTERIAL ES EL PRINCIPAL PROBLEMA DE SALUD PUBLICA, ES LA ENFERMEDAD CRONICA - MAS FRECUENTE EN EL MUNDO Y ES UNO DE LOS FACTORES DE --- RIESGO CARDIOVASCULAR PRIMARIOS QUE PUEDE AFECTAR PRACTICAMENTE A TODOS LOS ORGANOS DE LA ECONOMIA, POR LO QUE SE HACE NECESARIO EL CONOCIMIENTO DE ESTA ENTIDAD PARA CONOCER LOS FACTORES QUE PUEDEN INCIDIR SOBRE LA HIPERTENSION.

OBJETIVO GENERAL.

IDENTIFICAR EL NUMERO DE PACIENTES PORTADORES DE HIPERTENSION ARTERIAL EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR IS--SSTE MIXQUIAHUALA DE MARZO A OCTUBRE DE 1995.

OBJETIVOS ESPECIFICOS.

- 1.- DETECTAR EL RANGO DE EDAD Y SEXO MAS AFECTADO.**
- 2.- RECONOCIMIENTO DE FACTORES PREDISPONENTES PARA SU CONTROL.**
- 3.- PROTOCOLIZAR EL ABORDAJE DIAGNOSTICO DEL PACIENTE CON HIPERTENSION.**
- 4.- CONOCER LA FARMACOLOGIA, BIODISPONIBILIDAD Y VIDA MEDIA DE LOS MEDICAMENTOS ANTIHIPERTENSIVOS DE LOS QUE SE DISPONE EN LA INSTITUCION.**

HIPOTESIS.

EN ESTE ESTUDIO NO FUE NECESARIA LA HIPOTESIS POR SER UN TRABAJO DESCRIPTIVO.

METODOLOGIA.

EN EL PRESENTE ESTUDIO SE REVISARON 5 236 EXPEDIENTES DEL CUAL SOLO 257 PACIENTES FUERON INCLUIDOS POR PRESENTAR LOS SIGUIENTES REQUISITOS:

- 1.- SER DERECHOHABIENTES DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE MIXQUIAHUALA HASTA OCTUBRE DE 1995.
- 2.- SER HIPERTENSO MAYOR DE 25 AÑOS.
- 3.- EN EL EXPEDIENTE TUVIERA EL DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION.
- 4.- EL TIPO DE ESTUDIO REALIZADO FUE OBSERVACIONAL Y DESCRIPTIVO.

UNIVERSO DE ESTUDIO.

EL PRESENTE ESTUDIO INCLUYE DERECHOHABIENTES DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE MIXQUIAHUALA, CLASIFICADOS POR GRUPOS DE EDAD Y SEXO; DISTRIBUIDOS CADA CINCO AÑOS, DESDE LOS 25 A 80 AÑOS, DE MARZO A OCTUBRE DE 1995.

TAMAÑO DE LA MUESTRA.

SE REVISARON 5 236 EXPEDIENTES DE LA POBLACION USUARIA, DE LOS CUALES SE DETECTARON LOS PACIENTES HIPERTENSOS DERECHOHABIENTES DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR, ISSSTE MIXQUIAHUALA.

PARA EL PRESENTE ESTUDIO SE ELABORARON HOJAS DE REGISTRO DE DATOS DE PACIENTES QUE UNA VEZ DETECTADOS SE LES CITÓ EN LA CLINICA PARA SER ENTREVISTADOS Y REALIZARLES UNA-ENCUESTA.

LA HOJA DE REGISTRO CONTEMPLA LOS SIGUIENTES DATOS: - NOMBRE, CEDULA SEXO, EDAD, PESO, TALLA. TA, F.C., AHF, TRATAMIENTOS, TELE DE TORAX, EXAMENES DE LABORATORIO (BH, QS, ELECTROLITOS SERICOS.)

CRITERIOS DE SELECCION.

- 1.- QUE FUERAN DERECHOHABIENTES DE LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE MIXQUIAHUALA, HASTA 30 DE OCTUBRE DE 1995.
- 2.- QUE EN EL EXPEDIENTE CLINICO TUVIERA EL DIAGNOSTICO-- COMO HIPERTENSO.
- 3.- QUE EN EL EXPEDIENTE TUVIERA TENSIONES ARTERIALES MAYORES DE 140/90, EN TRES CONSULTAS DIFERENTES.

CRITERIOS DE EXCLUSION.

- 1.- PACIENTES QUE NO FUERAN DERECHOHABIENTES.
- 2.- PACIENTES MENORES DE 25 AÑOS.

CRITERIOS DE ELIMINACION.

- 1.- SE ELIMINARON LOS EXPEDIENTES QUE TENIAN MAS DE UN -- AÑO DE NO ACUDIR A CONSULTA.

VARIABLES Y PARAMETROS DE MEDICION.

SE CONSIDERAN COMO PUNTOS DE REFERENCIA LOS VALORES - ESTIPULADOS POR LA OMS COMO DIAGNOSTICO DE HIPERTENSION ARTERIAL Y CIFRAS CON MAS DE 140 mmHg PARA LA PRESION SISTOLICA Y MAS DE 90 mmHg PARA LA DIASTOLICA.

YA INTEGRADOS LOS DATOS SE CLASIFICARON POR TIPO DE DERECHOHABIENTE, SEXO, OCUPACION Y ULTIMAS CIFRAS TENSIONALES, GRADO DE CARDIOMEGALIA, REPERCUSIONES A ORGANOS BLANCO, VARIANTES INDUCIDAS POR LAS REPERCUSIONES.

PROCEDIMIENTOS DE CAPTACION DE INFORMACION.

CONSULTA AL EXPEDIENTE CLINICO PARA EVALUAR DATOS GENERALES DEL PACIENTE ADEMAS TIEMPO DE EVOLUCION, TIPO DE TRATAMIENTO INSTITUIDO, EVALUACION, CAUSAS DE CAMBIO DE TRATAMIENTO, ESTADO ACTUAL.

CONSIDERACIONES ETICAS.

EN BASE A LA DECLARACION DE HELSINKY.

**EL DERECHO DE INVESTIGACION DEBERA ESTAR SUJETO A SAL
VAGUADAR LA INTEGRIDAD DEL INDIVIDUO PARA QUE ESTA SEA RES
PETADA.**

**CUALQUIER PRECAUCION DEBERA SER CONSIDERADA PARA RES-
PETAR LA PRIVACIA DEL INDIVIDUO Y MINIMIZAR EL IMPACTO DEL
ESTUDIO EN LA INTEGRIDAD FISICA Y MENTAL DEL INDIVIDUO O -
EN SU PERSONALIDAD.**

**POR LO QUE SE LE INFORMARA AL PACIENTE DEL PROTOCOLO-
DE ESTUDIO QUE SE LE REALIZARA.**

**ADEMAS TODA LA INFORMACION RECABADA EN LOS EXPEDIEN--
TES SERA CONFIDENCIAL Y SOLO SE USARA EN ESTE ESTUDIO.**

R E S U L T A D O S .

EN LA CLINICA DE MEDICINA FAMILIAR ISSSTE MIXQUIAHUALA SE ENCONTRO UN TOTAL DE 99 PACIENTES HIPERTENSOS DEL SEXO-MASCULINO QUE REPRESENTA EL 38.52% Y EN EL SEXO FEMENINO - FUERON 158 PACIENTES SIENDO EL 61.48%.

EL MAYOR NUMERO DE HIPERTENSOS SE UBICO EN EL RANGO - DE EDAD DE 56 A 60 AÑOS EN EL SEXO FEMENINO CON 34 PACIEN- TES Y EN EL SEXO MASCULINO EL MAYOR NUMERO SE UBICO EN EL- RANGO DE EDAD DE 71 A 75 AÑOS CON 21 PACIENTES.

EN ESTE ESTUDIO SE OBSERVO QUE EL TIPO DE DERECHOHA-- BIENTE QUE PRESENTA MAYOR INCIDENCIA DE HIPERTENSION ARTE- RIAL ES EL SEXO FEMENINO QUE INCLUYEN ESPOSAS, MADRES Y -- TRABAJADORAS. NO SE INCLUYERON A LOS HIJOS DE LOS TRABAJA- DORES NI A MENORES DE 25 AÑOS POR NO DETECTARSE NINGUN CA- SO.

EN TODOS LOS GRUPOS DE EDAD SE DETECTO SIEMPRE UNA MA YOR INCIDENCIA DE HIPERTENSOS EN EL SEXO FEMENINO; SOLO EN EL RANÇO DE EDAD DE 71 A 75 AÑOS FUE MAYOR EN EL MASCULINO.

LOS 257 PACIENTES REPRESENTAN EL 4.90% DEL TOTAL DE - LA POBLACION USUARIA, DE LOS CUALES SE LES REALIZO PROTOCO LO DE ESTUDIO A 166 PACIENTES SIENDO EL 64.59%.

41 PACIENTES CURSAN CON DM LO QUE REPRESENTA EL 15.95% DE LOS CUALES QUINCE SON MASCULINOS SIENDO EL 36.58% Y 26 DEL SEXO FEMENINO QUE EQUIVALE AL 63.42%.

A 91 PACIENTES SE LES REALIZARON ESTUDIOS DE LABORATORIO (BH, QS, ELECTROLITOS SERICOS, EGO.) MISMOS QUE REPRESENTAN EL 35.40% DEL TOTAL DE HIPERTENSOS.

A 75 PACIENTES SE LES SOLICITARON TELE DE TORAX, ESTO REPRESENTA EL 29.18% DEL TOTAL DE HIPERTENSOS DE LOS CUALES CURSARON CON CARDIOMEGALIA DE PRIMER GRADO 19 PACIENTES QUE INTEGRAN EL 25.33% DE ESTE RUBRO; 20 PACIENTES CURSARON CON CARDIOMEGALIA DE SEGUNDO GRADO REPRESENTANDO EL 26.66%; DOS PACIENTES CON CARDIOMEGALIA DE TERCER GRADO -- SIGNIFICANDO EL 2.66% DE ESTE ASPECTO; CON CARDIOMEGALIA-- GLOBAL TRES PACIENTES SIENDO EL 4%. EL RESTO DE LOS PACIENTES SIN PROBLEMAS DE CARDIOMEGALIA (31 PACIENTES) SIENDO - 51.33%

DE LOS 257 PACIENTES SE OBSERVO:

6 PACIENTES TRATADOS CON VASODILATADORES SIENDO EL 2.34%
20 PACIENTES CON CALCIOANTAGONISTAS SIENDO EL 7.77%
2 PACIENTES CON DIURETICOS SIENDO EL 0.78%
96 PACIENTES CON IECA SIENDO EL 37.35%
71 PACIENTES CON BETABLOQUEADORES SIENDO EL 27.63%

8 PACIENTES CON VASODILATADORES PREGANGLIONARES SIENDO EL 3.11%
50 PACIENTES SE UTILIZARON COMBINACIONES SIENDO EL 19.46%
4 PACIENTES SIN TRATAMIENTO CORRESPONDIENDO AL 1.56%.

DE LOS 257 PACIENTES HIPERTENSOS SE ENCONTRO QUE 38 -
PACIENTES SON TRABAJADORES QUE REPRESENTA EL 14.78% ; 17 -
PACIENTES SON TRABAJADORAS SIENDO EL 6.62%; 46 ESPOSAS --
SIENDO EL 17.89%; 30 PENSIONADOS SIENDO EL 11.68%; 39 PA--
DRES SIENDO EL 15.18%; 87 MADRES SIENDO EL 33.85%.

LA TENSION ARTERIAL SISTOLICA REPORTADA FUE 101 PA---
CIENTES CON TA 130 A 139 mmHg CON UN PORCENTAJE DE 39.30%;
85 PACIENTES CON TA 140 A 159 mmHg SIENDO EL 33.08%; 52 --
PACIENTES CON TA 160 A 179 mmHg SIENDO EL 20.23%; 17 PA---
CIENTES CON TA 180 A 209 mmHg SIENDO EL 6.62%; DOS PACIEN--
TES CON TA DE MAS DE 210 mmHg SIENDO EL 0.77%.

LA TENSION ARTERIAL DIASTOLICA REPORTADA FUE 102 PA--
CIENTES CON TA DE 85 A 89 mmHg SIENDO EL 39.69%; 76 PACIENT
ES CON TA 90 A 99 mmHg SIENDO EL 29.58%; 57 PACIENTES CON
TA 100 A 109 mmHg SIENDO EL 15.05% 13 PACIENTES CON TA 110
A 119 mmHg SIENDO EL 5.055; 9 PACIENTES CON TA MAYOR A 120
mmHg SIENDO 3.50%.

DE LOS 96 PACIENTES ENTREVISTADOS SE ENCONTRO 20 EMPLEADOS SIENDO EL 20.83%; 51 PACIENTES DEDICADOS A LAS LABORES DEL HOGAR SIENDO EL 53.14%; 8 CAMPESINOS SIENDO EL 8.33%; 5 CHOFERES SIENDO EL 5.21%; 7 COMERCIANTES SIENDO EL 7.29%; DOS ALBAÑILES SIENDO EL 2.08%; UN MUSICO SIENDO EL 1.04%; UN MECANICO SIENDO EL 1.04%; UN PELUQUERO SIENDO EL 1.04%.

ENTRE LOS FACTORES PREDISONENTES SE ENCONTRO 33 PACIENTES CON TABAQUISMO POSITIVO EN UN PORCENTAJE DE 34.37% 73 PACIENTES CURSAN CON OBESIDAD SIENDO EL 76.04%; 45 PACIENTES CON ALCOHOLISMO POSITIVO SIENDO EL 46.87%.

A DOS DE LOS PACIENTES QUE SE LES REALIZO PROTOCOLO SE DETECTO GLICEMIAS ALTAS SIN TENER SINTOMATOLOGIA NI ANTECEDENTES HEREDOFAMILIARES DE DM..

ANALISIS DE RESULTADOS.

APOYADOS EN LAS OBSERVACIONES ANTERIORES EL DR. JAIME CARRANZA MADRIGAL DICE QUE LA HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL ES LA ENFERMEDAD CRONICA MAS FRECUENTE DEL MUNDO. AFECTA A TODAS LAS RAZAS Y PRINCIPALMENTE A LA POBLACION -- QUE SE ENCUENTRA ENTRE LA CUARTA Y QUINTA DECADA DE LA VIDA. EN EL PRESENTE ESTUDIO SE OBSERVO QUE LA POBLACION DE RECHONABIENTE MAS AFECTADA ES EL SEXO FEMENINO QUE INCLUYE ESPOSAS, MADRES Y TRABAJADORAS. EL MAYOR NUMERO DE HIPERTENSOS SE UBICO EN EL RANGO DE EDAD DE 56 A 60 AÑOS DEL SEXO FEMENINO (ANEXO I)

EL DR. GERMAN FIGUEROA REFIERE QUE LA HIPERTENSION ES DE ORIGEN MULTIFACTORIAL, PUES EXISTE INFLUENCIA FAMILIAR, RACIAL, OCUPACIONAL, TAMBIEN HAY UNA ESTRECHA RELACION CON OBESIDAD, HIPERCOLESTEROLEMIA, STRESS, INGESTA DE SAL, EDAD, SEXO, TABAQUISMO E INTOLERANCIA A LA GLUCOSA EN SU PRESENTACION.

EN ESTE ESTUDIO LAS PERSONAS DEDICADAS AL HOGAR SON LAS MAS AFECTADAS, ESTO QUIZA SE DEBA PROBABLEMENTE A QUE LAS MADRES DE LOS TRABAJADORES Y ESPOSAS ACUDEN MAS A SOLICITAR ATENCION MEDICA. (ANEXO 2-3)

RESPECTO A LOS TRABAJADORES LOS MAS AFECTADOS SON LOS DEL SEXO MASCULINO EN UN PORCENTAJE DEL 14.8% Y LAS TRABAJADORAS EN UN 6.6% (ANEXO 3)

EN EL ESTUDIO FRAMINGHAM CONSIDERA LA HIPERTENSION ARTERIAL COMO EL PRINCIPAL FACTOR DE RIESGO PARA DESARROLLAR ENFERMEDAD ARTERIAL CORONARIA Y TRASTORNOS CEREBROVASCULARES CON INCIDENCIA DE ESTOS EN EL DOBLE Y HASTA TRIPLE --- CUANDO LA TENSION ARTERIAL REBASA CIFRAS DIASTOLICAS DE 98 Y 105 mmHg RESPECTIVAMENTE. (19)

WILLIAMS REFIERE QUE LA EDAD, LA RAZA, EL SEXO, EL TABACO. EL CONSUMO DE ALCOHOL, EL COLESTEROL SERICO, LA INTOLERANCIA A LA GLUCOSA Y EL PESO CORPORAL, PUEDEN ALTERAR - EL PRONOSTICO DE ESTA ENFERMEDAD. LA ATEROESCLEROSIS ACELERADA ES UN ACOMPAÑANTE CONSTANTE DE LA HIPERTENSION. ASI - PUES, NO ES SORPRENDENTE QUE LOS FACTORES DE RIESGO INDEPENDIENTES ASOCIADOS AL DESARROLLO DE LA ATEROESCLEROSIS. POR EJEMPLO CONCENTRACIONES ELEVADAS DE COLESTEROL SERICO, INTOLERANCIA A LA GLUCOSA Y TABAQUISMO, AUMENTAN SIGNIFICATIVAMENTE EL EFECTO DE LA HIPERTENSION SOBRE LA TASA DE -- MORTALIDAD CON INDEPENDENCIA DE LA EDAD, EL SEXO O LA RAZA.

TAMPOCO HAY DUDAS DE QUE EXISTE UNA CORRELACION POSITIVA ENTRE LA OBESIDAD Y LA PRESION ARTERIAL, EN LOS INDIVIDUOS NORMOTENSOS, EL INCREMENTO DE PESO SE ASOCIA A UNA MAYOR FRECUENCIA DE HIPERTENSION. (20)

EN EL PRESENTE ESTUDIO SE ENCONTRO QUE EL FACTOR MAS PREDISONENTE FUE LA OBESIDAD EN UN 76.04%; ALCOHOLISMO EN UN 46.87%; TABAQUISMO EN UN 34.37%; DM EN UN 15.95%; HIPERCOLESTEROLEMIA EN UN 22.36%. (ANEXO 4)

NORMAN KAPLAN ANALIZO LAS VENTAJAS Y DESVENTAJAS DE -
LOS CINCO GRUPOS PRINCIPALES DE ANTIHIPERTENSIVOS UTILIZADOS EN NUESTROS DIAS (DIURETICOS, BETA BLOQUEADORES, BLOQUEADORES ALFA ADRENERGICOS, CALCIOANTAGONISTAS E INHIBIDORES DE LA ECA.), EN NUEVE SITUACIONES FRECUENTES EN LA ---
PRACTICA CLINICA, ES IMPORTANTE HACER NOTAR QUE LOS INHIBIDORES DE LA ECA POSEEN EL MEJOR PERFIL DE PRESCRIPCIONES -
EN VISTA DE QUE SON TOLERADOS POR PACIENTES DE TODOS LOS -
GRUPOS DE EDAD, EJERCEN UN EFECTO PROTECTOR EN PACIENTES -
CON ANTECEDENTES DE INFARTO AGUDO DEL MIOCARDIO E INSUFICIENCIA CARDIACA CONGESTIVA, SE HA DESCRITO UNA ACCION PROTECTORA DE LA FUNCION RENAL EN PACIENTES CON DM INSULINODEPENDIENTES Y NO AFECTAN LAS CONDICIONES METABOLICAS DE LOS PACIENTES. (7,13,18)

EN ESTE ESTUDIO SE ENCONTRO EL 27.63% TIENE TRATAMIENTO CON BETABLOQUEADORES; 0.78% CON DIURETICOS Y 37.35% CON LOS INHIBIDORES DE LA ECA. (ANEXO 5)

LAURENT REFIERE QUE LOS ANTAGONISTAS DEL CANAL DE CALCIO - REDUCE UNA SIGNIFICATIVA REGRESION DE LA HIPERTROFIA VENTRICULAR IZQUIERDA. (12)

LOS REPORTE ABOGAN POR EL USO DE BAJAS DOSIS DE DIURETICOS O DE BETABLOQUEADORES (7), LOS INHIBIDORES DE LA ECA SON AMPLIAMENTE USADOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL (13)

LA REPERCUSION CARDIACA FUE MINIMA EN EL 25.33% Y NUNCA EN EL 47.35% LO QUE MANIFIESTA LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO EN UN 66.68% DE LOS PACIENTES, CONSIDERANDO QUE AL MOMENTO DEL INICIO EL 25.33% YA TENIA CARDIOMEGALIA GRADO I (ANEXO 6)

EN LOS PACIENTES ESTUDIADOS LAS CIFRAS DIASTOLICAS -- PUEDE NOTARSE EL RANGO MAS REPRESENTATIVO ES DE 80 A 99 mm Hg CON 164 PACIENTES. ESTO NOS OBLIGA A INTENSIFICAR LA INVESTIGACION SOBRE ESTA ENTIDAD PARA LOGRAR DETECTAR MAYOR NUMERO DE CASOS Y DISMINUIR LAS CIFRAS DIASTOLICAS OBTENIDAS EN EL ESTUDIO. (ANEXO 7)

RESPECTO A LA PRESION ARTERIAL SISTOLICA SE OBSERVO -
UN MAYOR NUMERO DE PACIENTES EN EL RANGO DE 140 A 149 mmHg
CON 50 PACIENTES ESTO NOS DEMUESTRA QUE DEBEMOS CONCIENTI-
ZAR A LOS PACIENTES PARA LLEVAR UN CONTROL MAS ADECUADO.

R E C O M E N D A C I O N E S .

SE CONCLUYE LA NECESIDAD DE HACER TOMAS DE TENSION - ARTERIAL EN FORMA RUTINARIA AL LLEGAR AL CONSULTORIO Y AL SALIR DE EL PARA EVITAR SOBREDIAGNOSTICAR HIPERTENSION ARTERIAL.

SE ENFATIZA LA NECESIDAD DE CONCIENTIZAR AL PORTADOR DE HIPERTENSION ARTERIAL ACERCA DE LA NATURALEZA DE SU PADECIMIENTO PESE A NO PRODUCIR SINTOMATOLOGIA EN UN PORCENTAJE ALTO.

SE CONCLUYE EN LA IMPORTANCIA DE ENTERAR AL PACIENTE ACERCA DE LOS EFECTOS COLATERALES DE LOS MEDICAMENTOS ANTIHIPERTENSIVOS A FIN DE PREVENIR EL ABANDONO DEL TRATAMIENTO.

ES IMPORTANTE ESTABLECER UN MONITOREO DE SEGUIMIENTO A FIN DE EVALUAR LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO INSTITUIDO Y DECIDIR MODIFICACIONES DE SER NECESARIA.

SE DEMUESTRA LA CAPACIDAD DEL MEDICO FAMILIAR PARA-- PROTOCOLIZAR EL ESTUDIO Y MANEJO DEL PACIENTE HIPERTENSO DEJANDO PARA EL ESPECIALISTA SOLO AQUELLOS CASOS DE ENFERMEDAD CON REPERCUSION A ORGANOS BLANCO.

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

LA INCIDENCIA DE HIPERTENSION ARTERIAL FUE MAYOR EN MUJERES QUE EN HOMBRES EN UN 22.96% MAS A DIFERENCIA DE-- LOS REPORTES DE FRAMINGHAM.

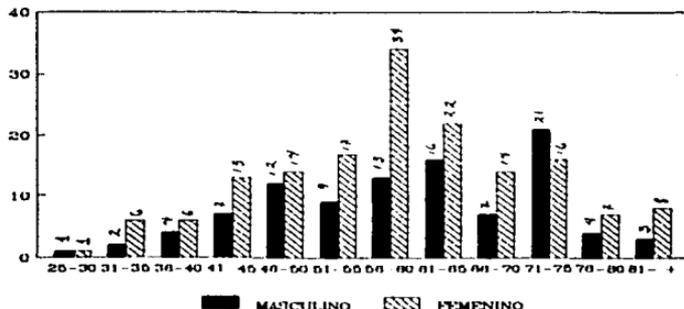
EL INCREMENTO DE LA TENSION ARTERIAL Y DE LAS COMPLI-- CIONES DE ESTA GUARDA CONCORDANCIA CON LOS REPORTES INTER-- NACIONALES CONSIDERANDO LA EDAD DE LOS PACIENTES.

LA COEXISTENCIA DE HIPERTENSION ARTERIAL MAS DIABE-- TES MIELLITUS FUE MAYOR EN MUJERES CON LO QUE SE EMSOMBRE-- CE EL PRONOSTICO AUNQUE NO SE HA DEMOSTRADO; HASTA EL MO-- MENTO ACTUAL SOLO UNA FALLECIO POR EVC Y UNA DESARROLLO -- COMPLICACIONES CEREBROVASCULARES AL CURSAR CON HIPERTEN-- SION ARTERIAL SISTOLICA Y DIASTOLICA DE ACUERDO A LOS HA-- LLAZGOS DEL ESTUDIO FRAMINGHAM A LOS 20 AÑOS DE SEGUIMIEN-- TO.

EL GRADO DE REPERCUSION RENAL NO LO PUDIMOS EVALUAR POR FALTA DE APOYO PARACLINICO O POR REPORTES INOPORTUNOS (EXTEMPORANEOS).

DE LOS MEDICAMENTOS EMPLEADOS LOS MEJORES RESULTADOS SE OBTUVIERON CON LOS IECA Y COMBINACIONES IECA MAS CAL--

PACIENTES ESTUDIADOS POR EDAD Y SEXO



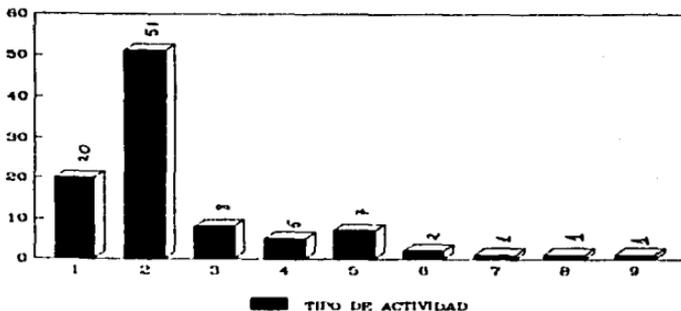
FUENTE: EXAMEN DE CLINICO

EDAD	MASCULINO	FEMENINO	No. PACIENTES
25-30	1	1	2
31-35	2	6	8
36-40	4	6	10
41-45	7	13	20
46-50	12	14	26
51-55	9	17	26
56-60	13	34	47
61-65	16	22	38
66-70	7	11	21
71-75	21	16	37
76-80	4	7	11
81-+	3	8	11
TOTAL	99	158	257

LOS PACIENTES QUE SE ENCUENTRAN DENTRO DEL RANGO DE EDAD - DE 56 A 60 AÑOS SON LOS QUE OCUPAN EL MAYOR INDICE.

ANEXO 1

PACIENTES ESTUDIADOS POR TIPO DE ACTIVIDAD



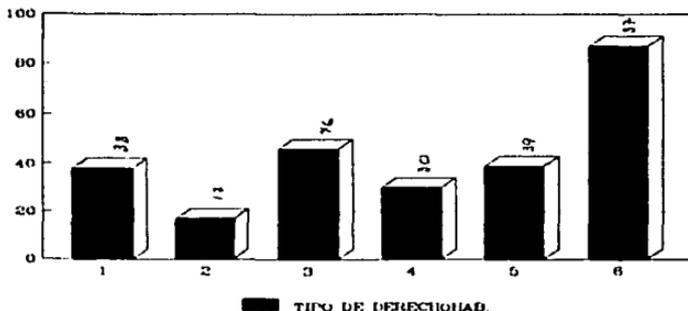
FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

ACTIVIDAD	PACIENTES	PORCENTAJE
1.- EMPLEADOS	20	20.83%
2.- HOGAR	51	53.14%
3.- CAMPESINOS	9	9.33%
4.- CHOFERES	6	6.21%
5.- COMERCIANTES	7	7.29%
6.- ALBAÑILES	2	2.08%
7.- MUSICO	1	1.04%
8.- MECANICO	1	1.04%
9.- PELUQUERO	1	1.04%
TOTAL	96	100.00%

COMO PUEDE OBSERVARSE EN LA GRAFICA DE TODOS LOS PACIENTES ESTUDIADOS ES MAYOR EL PORCENTAJE DE AFECTADOS EN EL RUBRO EN - AQUELLOS QUE SE DEDICAN A LAS ACTIVIDADES PROPIAS DEL HOGAR.

ANEXO 2

PACIENTES ESTUDIADOS POR TIPO DE DERECHOHAB.



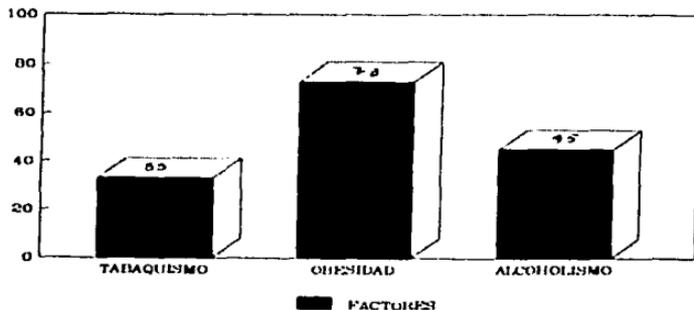
FUENTE: EXAMENES CLINICO

DERECHOHABIENTE	PACIENTES	PORCENTAJE
1.- TRABAJADOR	38	14.78%
2.- TRABAJADORA	17	6.62%
3.- ESPOSA	46	17.89%
4.- PENSIONISTA	30	11.68%
5.- PADRE	39	15.18%
6.- MADRE	87	33.85%
TOTAL	257	100.00%

DENTRO DEL CUADRO DE DERECHOHABIENTES ES MAS NOTORIO LA --
APARICION DE HIPERTENSION DENTRO DEL GRUPO DE MADRE DEL TRABA--
DOR.

ANEXO 3

FACTORES PREDISPONENTES EN PACIENTES ESTUDIADOS

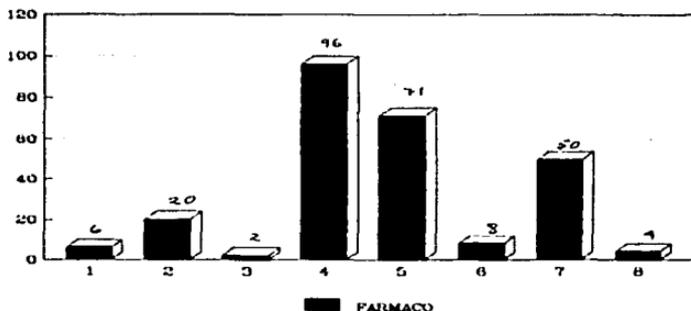


FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

ANTECEDENTE	PACIENTES	PORCENTAJE
TABAQUISMO	33	34.37%
OBESIDAD	73	76.04%
ALCOHOLISMO	45	46.87%

DENTRO DE LOS FACTORES PREDISPONENTES LOS QUE TUVIERON MAYOR INCIDENCIA DESTACA LA OBESIDAD.

TRATAMIENTO EN PACIENTES HIPERTENSOS



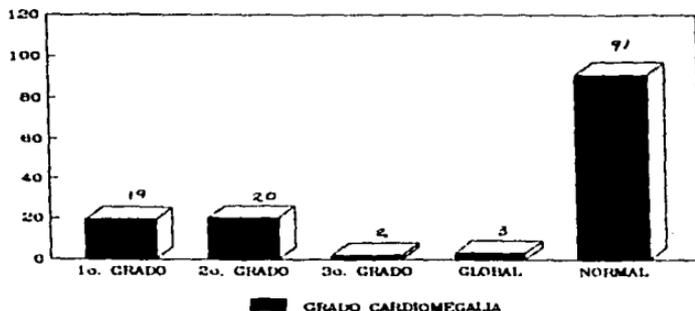
FUENTE: EXPEDIENTE CLÍNICO

FARMACO	PACIENTES	PORCENTAJE.
1. VASODILATADORES	6	2.34%
2. CALCIOANTAGONISTAS	20	7.77%
3. DIURETICOS	2	0.78%
4. IECA	96	37.35%
5. BETABLOQUEADORES	71	27.63%
6. VASODILATADORES PREG.	8	3.11%
7. COMBINACIONES	50	19.46%
8. SIN TRATAMIENTO	4	1.56%
TOTAL	257	100.00%

CON LO QUE RESPECTA A LOS FARMACOS USADOS PARA CONTROLAR - LA HIPERTENSION ARTERIAL, DESTACA EL USO DE LOS IECA.

ANEXO 5

CARDIOMEGALIA EN PACIENTES HIPERTENSOS



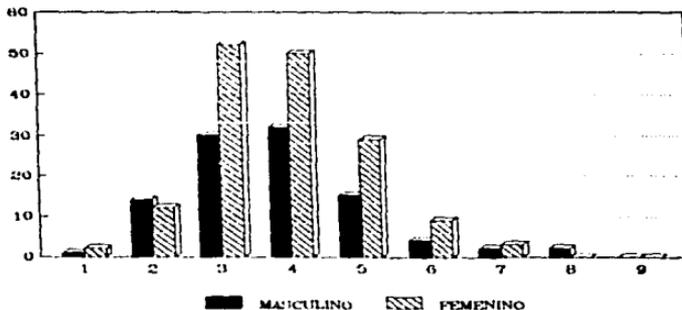
FUENTE: EXPEDIENTE CLINICO

GRADO	PACIENTES	PORCENTAJE
1o.	19	25.35%
2o.	20	26.66%
3o.	2	2.66%
GLOBLAL	3	4.00%
NORMAL	91	41.33%
TOTAL	75	100.00%

DE TODOS LOS CASOS ESTUDIADOS RESPECTO A LA CARDIOMEGALIA-SE OBSERVO el 41.33% NO TIENE REPERCUSIONES A ORGANO CARDIACO.

ANEXO 6

TENSION ART. DIASTOLICA EN PACIENTES ESTUDIADOS



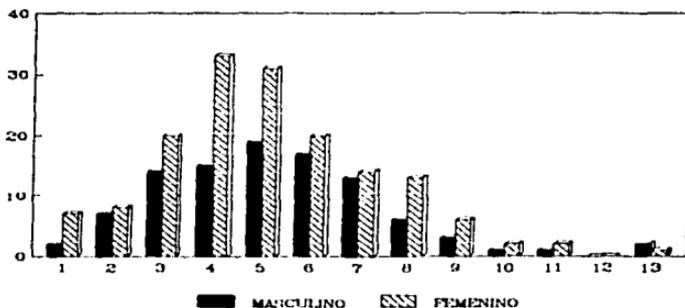
FUENTE: EQUIPO CLINICO

mmHg	MASCULINO	FEMENINO	No. PACIENTES
1.- 60 - 69	1	2	3
2.- 70 - 79	14	12	26
3.- 80 - 89	30	52	82
4.- 90 - 99	32	50	82
5.- 100 - 109	15	29	44
6.- 110 - 119	3	10	13
7.- 120 - 129	2	3	5
8.- 130 - 139	2	0	2
9.- 140 - +	0	0	0
TOTAL	99	158	257

COMO PUEDE NOTARSE EL RANGO MAS REPRESENTATIVO CON RELACION A LA TA DIASTOLICA ES EL DE 80 A 99 mmHg.

ANEXO 7

TENSION ARTERIAL SISTOLICA EN PACIENTES ESTUDIADOS



FUENTE: REPORTE CLINICO

mm Hg	MASCULINO	FEMENINO	No. PACIENTES
1.- 100 - 109	2	7	9
2.- 110 - 119	7	8	15
3.- 120 - 129	14	20	34
4.- 130 - 139	15	33	48
5.- 140 - 149	19	31	50
6.- 150 - 159	16	21	37
7.- 160 - 169	13	14	27
8.- 170 - 179	6	13	19
9.- 180 - 189	3	6	9
10.- 190 - 199	1	2	3
11.- 200 - 209	1	2	3
12.- 210 - 219	0	0	0
13.- 220 - +	2	1	3
TOTAL	99	158	257

EL RANGO MAS SOBRESALIENTE CON RELACION A LA TA SISTOLICA SE UBICA DENTRO DE 140 A 149 mmHg.

ANEXO 8

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

- 1.- JAIME CARRANZA MADRIGAL COLS. HIPERTENSION ESENCIAL - ENFERMEDAD SUBDIAGNOSTICADA, PERO TAMBIEN SOBRE ESTIMADA. MEDICINA INTERNA DE MEXICO. VOL 11 No. 1 ENERO-MARZO 1995 pag. 37 -39.
- 2.- DR. GERMAN FIGUEROA CASTREJON. RECORDANDO AL ENEMIGO SILENCIOSO: LA HIPERTENSION ARTERIAL. MEDICINA INTERNA DE MEXICO. VOL. 11 No. 2 ABRIL- JUNIO 1995 p 79-82
- 3.- DR. FEDERICO OTERO CAGIDE. HIPERTENSION ARTERIAL EN EL INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL. MEDICINA INTERNA DE MEXICO. VOL 11 No. 1 ENERO -MARZO 1995 p 15-20.
- 4.- MAURICE SOKOLOW. HIPERTENSION. EDITORIAL EL MANUAL MODERNO, S. A 1979 p 208- 289.
- 5.- THE FIFTH REPORT OF THE JOINT NATIONAL COMMITTEE ON DETECTION, EVALUATION AND TREATMENT OF HIGH BLOOD PRESSURE (JNC V) ARCH. INTERN. MED. VOL. 153, JAN 25, -- 1993 p 154 - 183
- 6.- DR. CESAR G. CALVO VARGAS Y COLS. NUEVAS PAUTAS PARA EL MANEJO DE LOS PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL-SISTEMICA. MEDICINA INTERNA DE MEXICO. VOL 10 No. 2-- ABRIL- JUN 1994 p 89-94.
- 7.- LEEMAN-M TREATMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION 1993 RECOMMENDATIONS. REV. MED. BRUX 1994 JUN - AUG. 15 (4) --- p 236 - 40.
- 8.- OLIVIAN- MARTINEZ J. COLS. REGRESION OF CARDIAC HYPERTROPHY IN HYPERTENSIVE PATIENT TREATED WITH CAPTOPRIL. AN MED. INTERNA 1994 MAY. 11 (5): 227-31.
- 9.- BERT-P FORETTE F PRESSE TREATMENT OF ARTERIAL HYPERTENSION IN ELDERLY PATIENT VALUE AND INDICATIONS. MED. 1994 FEB 5: 23 (4) 176-80.
- 10.- VAZQUEZ CHAVEZ. INSULINE RESISTANCE: AN ETIOLOGICAL FACTOR IN ESSENTIAL ARTERIAL HYPERTENSION AND CORONARY CARDIOPATHY. GAC. MED. MEX. 1993 SEPT.-OCT. 129 -- (5) p 339- 45.
- 11.- PAGANINI M ARTERIAL HYPERTENSION STRESS AND BETA BLOCKERS. CARDIOLOGIA 1993 DEC. 38 (12 SUPPL I) 435 -42.
- 12.- LAURENT-S CALCIUM ANTAGONIST AND ARTERIAL HYPERTENSION. THERAPY 1993 NOV- DEC. 48 SPEC No. 659-64.
- 13.- RODICIO-JL RUILOPE LM ANGIOTENSIN CONVERTING ENZYME INHIBITORS IN THE TREATMENT OF MILD ARTERIAL HYPERTENSION. CLIN. ESP. HIPERTENS 1993 NOV. 15 (6) 1277-89.

- 14.- JOSE LUIS MELCHOR ORTIZ COLS. REDUCCION DE ALBUMINURIA POR CAPTOPRIL EN DIABETICOS TIPO II CON NEFROPATIA DIABETICA. GAC. MED. DE MEX. VOL. 127 No. 3 MAYO-JUN. 1991.
- 15.- RAMIREZ JA MANSUR A DE P. EFECT OF TREATMENT WITH -- SYSTEMIC ARTERIAL HYPERTENSION. ARO. BRAS. CARDIOL. - 1993 JUN 60 (6) 433-5.
- 16.- MANSUR A DE P COLS. HEMODYNAMIC EFFECTS OF LOW DOSES- OF CHORTALIDONA IN PATIENT WITH SYSTEMIC ARTERIAL HYPERTENSION. ARO. BRAS. CARDIOL. 1993 JAN 60 (1): 15-7
- 17.- FERNANDEZ PINILLA C Y COLS. TREATMENT OF ESSENTIAL ARTERIAL HYPERTENSION WITH HIPERCHOLESTEROLEMIA E EFECTS OF AN ALPHA ADRENERGIC BLOCKERS AND A AN INHIBITOR OF THE ANGIOTENSING CONVERTING ENZIME. MED. CLIN. BARC. 1993 JUN 26: 101 (5) 168-71
- 18.- LOHMAN FW FORSTSCHR THERAPY OF ARTERIAL HYPERTENSION - IN ENDERLY CHARACTERISTICS OF HYPERTENSION IN AGING - USE OF CALCIUM ANTAGONIST ME. 1994 SEPT 20, 112 (26).
- 19.- WILLIAM B KANNEL CONTRIBUTION OF THE FRAMINGHAM. STUDY TO PREVENTIVE CARDIOLOGY. JACC VOL. 15 No. 1 JANUARY 1990 206-11
- 20.- GORDON H WILLIAMS VASCULOPATIA HIPERTENSIVA ED. INTER AMERICANA Mc GRAW - HILL 1994 13a. ED. p 1286-1303.
- 21.- LAWRENCE M TIERNEY, JR. HIPERTENSION SISTEMICA. DIAGNOSTICO CLINICO Y TRATAMIENTO. EDITORIAL EL MANUAL MODERNO 1994 p 373-392.

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