

11226

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

38
29.



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 ACADEMICA
CLINICA IZTAPALAPA

I. S. S. T. E.
Delegación Oriente D. F.
CLINICA IZTAPALAPA
★ AGO. 17 1998 ★
DIRECCION

CARACTERISTICAS SOCIALES Y CLINICAS DE LOS
PACIENTES HIPERTENSOS DE LA CLINICA IZTAPALAPA

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL
DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR



PRESENTA:
DRA. RAQUEL CHAVARRIA CRUZ

ASESOR: DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES

264869

TESIS EN MEDICINA D. F.
FALLA DE ORIGEN

AGOSTO DE 1998



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.

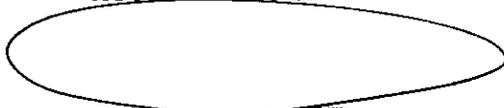
CARACTERISTICAS SOCIALES Y CLINICAS DE PACIENTES
HIPERTENSOS DE LA CLINICA IZTAPALAPA

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. RAQUEL CHAVARRIA CRUZ

AUTORIZACIONES:



~~DR. MIGUEL ANGEL FERNANDEZ ORTEGA~~
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.

DR. ARNULFO IRIGOYEN CORIA

COORDINACION DE INVESTIGACION DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA
FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.

~~DR. MARIA DEL ROCIO NORIEGA GARIBAY~~
COORDINADORA DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

U.N.A.M.

CARACTERISTICAS SOCIALES Y CLINICAS DE LOS PACIENTES
HIPERTENSOS DE LA CLINICA IZTAPALAPA

TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA

DRA. RAQUEL CHAVARRIA CRUZ

AUTORIZACIONES:


DR. RUBEN HERNANDEZ MAY

PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA
FAMILIAR PARA MEDICOS GENERALES EN LA CLINICA IZTAPALAPA


DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
ASESOR DE TESIS

PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA

U.N.A.M.


DRA. LETICIA ESNAURRIZAR JURADO

JEFA DE EDUCACION MEDICA CONTINUA Y MEDICINA FAMILIAR
JEFATURA DE SERVICIOS DE ENSEÑANZA DEL I.S.S.S.T.E.

INDICE

I. <u>MARCO TEORICO</u>	1
II. <u>PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</u>	21
III. <u>JUSTIFICACION</u>	23
IV. <u>OBJETIVOS</u>	26
V. <u>METODOLOGIA</u>	28
VI. <u>RESULTADOS</u>	33
VII. <u>DISCUSION DE RESULTADOS</u>	51
VIII. <u>CONCLUSIONES</u>	56
IX. <u>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</u>	59
X. <u>ANEXOS</u>	64

I.

MARCO TEORICO

La hipertensión arterial es uno de los padecimientos más comunes de nuestros días.

En el mecanismo de la hipertensión arterial sistémica esencial, intervienen una serie de causas que vamos a analizar progresivamente.

Sustrato psicológico.

El enfermo hipertenso es un paciente que en su comportamiento psíquico exteriormente, es un enfermo apacible; interiormente es un enfermo con gran agresividad.

Para los especialistas en el aspecto psíquico de los padecimientos, la hipertensión es un mecanismo de defensa y se ha demostrado que los enfermos hipertensos muestran gran afabilidad y gran control externamente, pero que debajo de esas características hay un importante componente de agresividad y de angustia. Los pacientes por un lado no ven satisfechos sus deseos o no los pueden satisfacer y por otro no pueden expresar sus impulsos hostiles; de esta manera quedan bloqueados por dos caminos. (13)

El hipertenso esencial, es generalmente muy trabajador, responsable, metódico, puntual y apegado a una disciplina estricta.

La presión arterial es el resultado de dos factores: por un lado el gasto cardíaco y por otro las resistencias periféricas.

Se podrá inferir por lo tanto, que si el gasto no esta elevado en un enfermo hipertenso, la presión elevada se deberá al factor resistencias. Estas resistencias se encuentran representadas en las arteriolas por el aumento del tono de las mismas. Este aumento de tono disminuye el calibre de las arteriolas que se encuentran contraídas en forma excesiva. De esta manera las resistencias arteriulares

periféricas que en el circuito mayor de un individuo normal son de 3000 dinas seg/cm⁵, en el hipertenso suelen elevarse por encima de 4000 dinas. (13)

La hipertensión arterial no tiene sustrato orgánico patológico en sí misma, con excepción del hecho ya mencionado de la vasoconstricción arteriolar fenómeno que al menos por mucho tiempo, es funcional y reversible en las etapas iniciales de la hipertensión

La patología de la hipertensión es resultado de la elevación misma de la presión arterial. Varios órganos sufren el impacto de la hipertensión y se modifica su estructura íntima como se describe a continuación.

RIÑÓN

Los vasos renales son los que sufren después del corazón, el impacto de la hipertensión arterial y puesto que el riñón es un órgano sumamente vascular, la principal alteración tiene lugar en los glomérulos. Gradualmente, el efecto de la hipertensión sobre el riñón es endurecer y empequeñecer al riñón. Así es como se llega a la nefrosclerosis arterioesclerótica.

CEREBRO Y RETINA

Los vasos cerebrales también sufren el impacto de la presión elevada y se esclerosan. La mejor manera de asomarse a los vasos cerebrales es por el examen de la retina. La retina muestra los vasos papilares esclerosados y puede observarse en ellos un fenómeno vasomotor que es la angiotonía. Cuando la hipertensión es crónica, se observa edema de la papila y en fases más tardías exudados cotonosos o incluso hemorragia retiniana.

TERRITORIOS VASCULARES PERIFERICOS

Los vasos de todas las vísceras pueden sufrir el impacto de la hipertensión esclerosándose. Así sucede con los músculos estriados, con los vasos esplácnicos.

De cualquier manera el corazón es el órgano que más sufre estadísticamente y llega a claudicar por uno de dos mecanismos; por insuficiencia cardíaca o por problemas coronarios más o menos agudos tipo infarto o angina de pecho. Desde

luego es frecuente que coexistan ambos factores: la insuficiencia y el problema coronario.

En segundo lugar , de enfermos hipertensos, el cerebro es la víscera más involucrada y puede ocurrir en él, trastornos como la trombosis o la hemorragia.

En último lugar en daños, lo ocupa el riñón con desarrollo de la nefrosclerosis, en la forma benigna o maligna. (13)

CLASIFICACIÓN Y ETIOLOGIA

1.- Hipertensión primaria o esencial

2.- Hipertensión secundaria

La etiología de la hipertensión primaria o esencial se desconoce, y no parece probable que una única causa pueda explicar las diversas alteraciones hemodinámicas y fisiopatológicas descritas bajo la denominación de hipertensión esencial. Es indudable que existan factores hereditarios que predisponen a los individuos a la hipertensión, pero no se ha aclarado su mecanismo exacto. Los factores ambientales(por ejemplo Na en la dieta, obesidad y stress) parecen actuar solo en los individuos susceptibles genéticamente.

Debido a que la morbilidad y mortalidad cardiovasculares aumentan con las presiones arteriales sistólica y diastólica, comenzando en el límite normal y acelerándose con presiones crecientes. Por consiguiente , es difícil precisar el límite normal, es poco arbitrario y varía con la edad.

Los antecedentes familiares con frecuencia la sugieren. Afecta con mayor frecuencia a las mujeres.

En casos bien establecidos, la presión arterial fluctúa mucho en respuesta al stress emocional y la actividad física

La patogenia de la hipertensión arterial esencial es multifactorial. Los factores genéticos tienen un papel importante. Los niños con un padre hipertenso, o más si son dos, padre y madre hipertensos, tienden a tener presiones arteriales

más altas. Se ha sugerido que el intercambio anormal de cationes en los eritrocitos es un indicador potencial de un defecto genético.

Los factores ambientales tienen, al parecer una influencia importante. La ingesta excesiva y constante de sal en la dieta es un factor patogénico en la hipertensión esencial, además de esto, se requiere la combinación de una predisposición genética.

A continuación se hace mención de otros factores que pueden participar en la patogenia de la hipertensión arterial.

HIPERACITIVIDAD DEL SISTEMA NERVIOSO SIMPATICO

Es más aparente en hipertensos jóvenes, que pueden presentar taquicardia y gasto cardíaco elevado. Puede ser pasajera.

DEFECTO DE LA NATRIURESIS

En individuos normales, la eliminación renal de sodio aumenta en respuesta a elevaciones de la presión arterial y a una carga de sodio o de volumen. Los pacientes hipertensos, en particular cuando su presión arterial es normal, tienen una disminución de la capacidad para eliminar una carga de sodio. Este defecto origina un aumento de volumen del plasma en hipertensión. En la hipertensión crónica se maneja de manera normal, una carga de sodio.

SODIO Y CALCIO INTRACELULARES

En la hipertensión esencial esta elevado el sodio intracelular en los eritrocitos y otros tejidos. Esto debido a anomalías en el intercambio de sodio-potasio y otros mecanismos de transporte de sodio. Puede deberse a sustancias "tipo digital" circulantes. Un aumento del sodio intracelular puede originar un incremento del calcio intracelular como resultado de un intercambio facilitado. Ello explicaría el aumento del tono de los músculos lisos vasculares, característico de la hipertensión establecida.

TRASTORNOS EXACERBANTES

Diversos trastornos exacerbaban o precipitan la hipertensión en individuos predispuestos. El más comprobado es la obesidad, que se acompaña de un aumento de volumen intravascular y un gasto adecuadamente alto. La disminución de peso en obesos disminuye ligeramente la presión arterial. La ingesta excesiva de alcohol también aumenta la presión arterial, al aumentar las catecolaminas en plasma. En personas con ingestión elevada de alcohol puede ser difícil controlar la hipertensión.

El tabaquismo aumenta de manera aguda la presión arterial, una vez más al incrementar la noradrenalina en plasma, pero el efecto a largo plazo del tabaquismo en la hipertensión esencial es menos claro.

No hay seguridad sobre la relación del ejercicio con la hipertensión, aunque el entrenamiento puede disminuir moderadamente la presión arterial.

La policitemia, aumenta la viscosidad, sea primaria o debida a disminución del volumen del plasma. Esto puede aumentar la presión arterial. (17)

Cualquiera que sea el mecanismo patogénico responsable de la hipertensión primaria, debe originar un incremento de las resistencias vasculares periféricas totales (RPT), mediante inducción de una vasoconstricción y/o un incremento del volumen minuto, debido a que la presión es igual al flujo (volumen minuto) x resistencia. Los investigadores de la fisiopatología de la hipertensión han prestado una máxima atención al sistema nervioso simpático y al sistema renina-angiotensina-aldosterona, ya que ambos pueden provocar un incremento del volumen minuto y de la RPT.

SISTEMA NERVIOSO SIMPATICO

Las maniobras de estimulación del sistema nervioso simpático (por ejemplo: pruebas presoras con frío, maniobras de Valsalva, aritmética mental), elevan la presión habitualmente más en los pacientes hipertensos o prehipertensos que en los normotensos. No se sabe si esta hiperreactividad reside en el mismo

sistema nervioso simpático o en el miocardio y en el músculo liso vascular que inerva, pero a menudo puede detectarse antes del desarrollo de una hipertensión comprobada. La elevación de la frecuencia del pulso en reposo, que puede manifestar un incremento en la actividad nerviosa simpática, es un factor pronóstico bien conocido de una hipertensión posterior. Algunos hipertensos aunque en modo alguno todos, tienen una concentración en reposo de catecolaminas plasmáticas superior a la normal.

En el tratamiento de la hipertensión primaria se han utilizado en gran medida los fármacos que deprimen la actividad nerviosa simpática. Sin embargo esta observación no puede considerarse una prueba concluyente de la implicación del sistema nervioso simpático como factor causal de la hipertensión primaria. En los pacientes hipertensos, los barorreceptores tienden a mantener la hipertensión en vez de contrarrestarla, fenómeno conocido como reajuste de los barorreceptores, si bien ello podría ser una consecuencia de la hipertensión más que una causa. En algunos hipertensos existe un almacenamiento defectuoso de la noradrenalina, lo que determina que exista mayor cantidad de noradrenalina circulante. (15)

SISTEMA RENINA-ANGIOTENSINA-ALDOSTERONA

El aparato yuxtaglomerular (AYG) interviene en la regulación del volumen y de la presión. La renina una enzima proteolítica formada de los gránulos de las células de AYG, cataliza la conversión del angiotensinógeno (proteína plasmática) en angiotensina I. Este producto inactivo se escinde mediante la acción de una enzima de conversión, principalmente en los pulmones, pero también en el riñón y en el cerebro, formando angiotensina II, un potente vasoconstrictor que también estimula la liberación de aldosterona. También se encuentra en la circulación el des-ASP heptapéptido (angiotensina III), tan activo como la angiotensina II, en cuanto a la estimulación de la liberación de aldosterona, pero con una actividad vasopresora mucho menor. (15)

En el control de la secreción de renina intervienen , como mínimo, 4 mecanismos mutuamente no excluyentes: 1. un receptor vascular renal que aparentemente responde a los cambios de tensión de la pared arteriolar aferente. 2. un receptor en la mácula densa que parece detectar los cambios de la tasa de liberación o de la concentración de NaCl en el túbulo distal. 3. un defecto de retroacción negativo producido por la angiotensina circulante sobre la secreción de renina. y 4. el sistema nervioso simpático que estimula la secreción de renina por vía de los nervios renales, medida por receptores Beta adrenérgicos.

Habitualmente en los pacientes con hipertensión primaria se registra una actividad normal de la renina plasmática (ARP), aunque puede hallarse deprimida en algunos (alrededor del 25%) y elevada en otros (alrededor del 15%)

En general la fase acelerada (maligna) de la hipertensión se acompaña de una ARP elevada.

Si bien habitualmente se reconoce a la angiotensina como responsable de la hipertensión renovascular, al menos en la fase precoz, no existe consenso respecto al papel que desempeña el sistema renina-angiotensina-aldosterona en los pacientes con hipertensión primaria, aun en aquellos con una ARP elevada.

La teoría del mosaico establece que la intervención de múltiples factores mantiene la presión elevada, aunque solo uno de ellos sea el responsable inicial; por ejemplo, la interacción del sistema nervioso simpático y el sistema renina-angiotensina-aldosterona. La inervación simpática del AYG del riñón libera renina; por otra parte, la angiotensina II estimula los centros autonómicos del cerebro, incrementando el flujo simpático. La angiotensina también estimula la producción de aldosterona, ocasionando retención del sodio; un exceso de sodio intracelular eleva la reactividad del músculo liso vascular ante la estimulación simpática. Esta es la razón por la que resulta tan difícil distinguir las funciones relativas del sistema nervioso autónomo y del sistema renina-angiotensina-aldosterona en la génesis de la hipertensión primaria. (15)

La hipertensión genera hipertensión. En caso de hipertensión debida a alguna causa fácilmente identificable (por ejemplo liberación de catecolaminas a partir de un feocromocitoma de renina y angiotensina a causa de una estenosis arterial renal o de aldosterona procedente de un adenoma corticosuprarenal) y prolongada durante cierto tiempo, intervienen otros mecanismos.

Las alteraciones estructurales en las arteriolas, ocasionadas por una hipertensión prolongada, reducen el calibre de la luz, incrementando de este modo las resistencias periféricas totales. Además un acortamiento insignificante del músculo liso hipertrofiado de una pared engrosada de una arteriola , reducirá el radio de una luz ya estenosada en un grado mucho mayor al registrado cuanto tanto el músculo son normales. Es posible que esta sea la razón por la que cuanto más prolongada es la hipertensión menos probable es que el tratamiento quirúrgico de las causas secundarias retorne a la normalidad.

La hipertensión secundaria se asocia a enfermedad parenquimatosa renal bilateral , por ejemplo: glomerulonefritis o pielonefritis crónicas, enfermedad poliquística renal, colagenopatía del riñón o uropatía obstructiva, o alteraciones potencialmente curables, como feocromocitoma, Síndrome de Cushing, Aldosteronismo primario, Hipertiroidismo, Mixedema, Coartación de la Aorta, Vasculopatía renal y Nefropatía unilateral. También puede asociarse a la administración de anticonceptivos orales o a una ingesta enólica excesiva.

La hipertensión asociada a enfermedad parenquimatosa renal crónica se debe a diversas combinaciones de dos mecanismos , uno aparentemente dependiente de la renina y otro dependiente del volumen. En la mayoría de estos pacientes no puede demostrarse un incremento de la actividad de la renina en sangre periférica, y habitualmente el control minucioso del control del equilibrio hídrico controla la presión. (14, 15)

PREVALENCIA

Se calcula que en los Estados Unidos hay más del 20% de los adultos hipertensos. Entre los negros la frecuencia (37% de los adultos) es aproximadamente el doble de la registrada en los blancos (18%), y la morbilidad y la mortalidad son superiores. No se han observado diferencias uniformes en cuanto a la prevalencia de la hipertensión diastólica entre varones y mujeres, si bien aquellas se incrementa con la edad al menos hasta los 55 o 60 años. Si se incluyen las personas con hipertensión diastólica y con hipertensión sistólica aislada, más del 50% de los negros y de los blancos mayores de 65 años tienen hipertensión. Los datos de prevalencia obtenidos principalmente a partir de amplios programas de detección sistemática, se basan en una o más determinaciones efectuadas en la misma visita. Por ello las cifras registradas son superiores a las que se obtendrían si se midiese la presión en varias visitas practicadas durante cierto periodo de tiempo. (15,17)

ANATOMIA PATOLOGICA

En la fase precoz de la hipertensión primaria no se observan alteraciones anatomopatológicas. Finalmente se desarrolla una esclerosis arteriolar generalizada; ello es especialmente evidente en el riñón y se caracteriza por hialinización e hipertrofia medial. La nefroesclerosis es el signo característico de la hipertensión primaria. De forma progresiva se desarrolla hipertrofia y, finalmente, dilatación del ventrículo izquierdo. La hipertensión acelera la aterogenesis, por lo que la arteriosclerosis coronaria, cerebral, aórtica, renal, y periférica es más frecuente y grave en los pacientes hipertensos. Los pequeños aneurismas de Charcot-Bouchard, hallados con frecuencia en las arterias perforantes (sobre todo en ganglios basales) de individuos hipertensos pueden ser origen de hemorragia intracerebral. (17)

SINTOMAS Y SIGNOS

La hipertensión primaria permanece asintomática hasta que se desarrollan las complicaciones. Los síntomas y signos son inespecíficos y se originan a partir de complicaciones en órganos diana; no son patognomónicos de hipertensión. Ya que pueden manifestarse síntomas y signos idénticos en pacientes normotensos. La hipertensión no complicada no provoca vértigo, rubefacción facial, cefalea, fatiga, epistaxis ni nerviosismo. Entre las complicaciones se incluyen: insuficiencia ventricular izquierda; cardiopatía aterosclerótica, hemorragias, exudados, papiledema y accidentes vasculares retinianos, e insuficiencia cerebro-vascular y renal. La encefalopatía hipertensiva debida a hipertensión grave y edema cerebral aparece solo en pacientes hipertensos.

La hipertensión arterial esencial leve a moderada es compatible con una salud y bienestar normales durante muchos años. Suelen aparecer síntomas vagos cuando los pacientes saben que tienen "alta la presión arterial". Se presentan cefaleas pulsátiles suboccipitales, que ocurren de manera característica, temprano por la mañana y remiten durante el día, pero puede haber cualquier tipo de cefalea. La hipertensión grave puede acompañarse de somnolencia, cefalea, confusión, trastornos visuales, náuseas, vómitos, sensación de inestabilidad y mareos.

La hipertensión crónica conduce con frecuencia a hipertrofia ventricular izquierda, que puede acompañarse de disfunción diastólica o en etapas tardías sistólica. Puede haber disnea de esfuerzo y paroxística nocturna. La hipertrofia ventricular izquierda grave predispone a isquemia del miocardio, (en especial cuando hay una coronaropatía concurrente), arritmias ventriculares y muerte súbita.

Es posible que la afección renal no produzca síntomas, pero en la fase maligna es frecuente la hematuria.

La afección cerebral causa apoplejía por trombosis o hemorragia pequeña o grande por microaneurismas de pequeñas arterias intracraneales penetrantes. La

encefalopatía hipertensiva tal vez sea causada por congestión capilar aguda y exudación con edema cerebral. Los hallazgos suelen ser reversibles si se establece el tratamiento adecuado de inmediato. (17)

Sobre la base de las alteraciones retinianas, Keith y colaboradores han clasificado la hipertensión en cuatro grupos con importantes implicaciones pronósticas. (15,17)

Grupo 1: Solo con constricción de las arteriolas retinianas.

Grupo 2: Constricciones y esclerosis de las arteriolas retinianas.

Grupo 3: Hemorragias y exudados añadidos a las alteraciones vasculares.

Grupo 4: Hipertensión maligna (papiledema).

Entre los signos más precoces de la cardiopatía hipertensiva destacan un cuarto ruido cardíaco (R 4) y la presencia en el electrocardiograma de una onda P anormal, amplia y mellada. Más tarde pueden aparecer signos radiológicos de hipertrofia ventricular izquierda. La disección de la aorta o un aneurisma aórtico fisurado puede constituir el primer signo de una hipertensión o complicar una hipertensión no tratada. Poliuria, nicturia, disminución de la capacidad de concentración renal, proteinuria, microhematuria, cilindruuria y retención de sodio son manifestaciones tardías de nefroesclerosis arteriolar. (15,17)

DIAGNOSTICO

El diagnóstico de la hipertensión primaria depende de :

1. La demostración de que las presiones sistólica y diastólica se encuentran habitualmente, aunque no necesariamente siempre, más elevadas de lo normal.
2. La exclusión de las causas secundarias. Deben efectuarse al menos dos determinaciones de la presión arterial, en tres días diferentes, antes de clasificar a un paciente como hipertenso.

En los pacientes con hipertensión mínima, y especialmente, en aquellos con una presión arterial normalmente lábil, es deseable efectuar un número de determinaciones superior al mínimo indicado. El límite superior de la presión arterial normal en adultos se sitúa en 140/90 mmHg; en los lactantes y niños es muy inferior. En los pacientes mayores de 60 años se acepta un límite algo superior, sobre todo en la presión arterial sistólica (aunque no se considera normal). Los niveles más elevados registrados en forma esporádica en pacientes que han permanecido en reposo durante más de 5 minutos , sugieren una labilidad inusual de la presión arterial que puede preceder a una hipertensión sostenida. (15)

PRONOSTICO

El paciente hipertenso no tratado presenta un riesgo mayor de desarrollar a una edad temprana insuficiencia ventricular izquierda fatal o incapacitante, infarto del miocardio (IAM) hemorragia o infarto cerebral o insuficiencia renal. la hipertensión es el principal factor predisponente al ictus, y uno de los tres factores de riesgo importante que predisponen a la arteriosclerosis coronaria. Los otros dos son el tabaquismo y la hipercolesterolemía. El pronóstico es peor cuanto mayor sea la presión y más graves sean las alteraciones retinianas. Menos del 5% de los pacientes clasificados en el grupo 4 de hipertensión maligna, caracterizada por la presencia del papiledema, y menos del 10% de los pacientes del grupo 3, con alteraciones en el examen de fondo de ojo, sobreviven un año sin tratamiento. El control médico eficaz de la hipertensión previene o evita todas las complicaciones y prolonga la vida de los pacientes con una presión diastólica mayor o igual a 90 mmHg. La coronariopatía es la causa más frecuente de muerte en los pacientes hipertensos tratados (15).

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

Antes de señalar cuál es el mejor fármaco o cuáles las medidas no farmacológicas antihipertensivas más adecuadas en cada caso, es importante resaltar que el éxito en el control de la hipertensión arterial radica en la comunicación que se tenga con el enfermo, ya que hay que orientarlo acerca de la enfermedad que padece, que sepa y acepte que ésta puede ser permanente, que puede cursar asintomática, que no abandone su tratamiento y que no se automedique.

Se han recomendado múltiples esquemas terapéuticos para el control de esta enfermedad; sin embargo, el tratamiento debe plantearse de acuerdo con las características individuales de cada enfermo, evitando los que están contraindicados o presentan múltiples efectos adversos y que proporcionen ventajas tanto en el funcionamiento del organismo en general, como en la calidad de vida.

Con el actual advenimiento de un gran número de antihipertensivos, se ha facilitado el tratamiento, pero estamos obligados a informarnos de sus mecanismos de acción, efectos adversos, contraindicaciones y sus dosis más adecuadas. por lo que ahora revisaremos estos aspectos en cada grupo de antihipertensivos con que actualmente contamos en nuestro país.

DIURETICOS

Dentro de este grupo los que más utilizamos son las tiazidas, generalmente asociadas a otros fármacos y a dosis bajas, para evitar efectos adversos. La espironolactona prácticamente solo la indicamos como antihipertensivo en el aldosteronismo primario y la furosemide, que no es mejor antihipertensivo que las tiazidas, lo empleamos en casos asociados a la insuficiencia renal, dado que no altera la función renal.

Las tiazidas actúan en el nivel del tubulo distal produciendo inhibición del transporte del sodio, natriuresis, aumento del volumen urinario y disminución de las resistencias vasculares periféricas.

Presentan múltiples efectos adversos, sobre todo cuando se emplean a dosis altas. Destacan la hipovolemia y las alteraciones en los niveles séricos de los electrolitos (hipocalcemia); elevan los niveles séricos de ácido úrico y a corto plazo, se ha observado elevación de triglicéridos, del colesterol total y de las lipoproteínas de baja y de muy baja densidad de colesterol. Están contraindicadas en la hiperuricemia, en la insuficiencia renal y o hepática. (17)

BLOQUEADORES SIMPATICOS

Algunos fármacos de este grupo, por ocasionar múltiples efectos adversos, están perdiendo su uso; tal es el caso de la reserpina, la guanetidina, la metil dopa y la clonidina; los betabloqueadores son los fármacos más empleados de este grupo, incluso en la actualidad se están desarrollando nuevos productos de este tipo.

Los betabloqueadores se han utilizado en la cardiopatía isquémica por disminuir la frecuencia cardíaca, la fuerza de la contracción, bloquear la liberación de norepinefrina en las terminaciones nerviosas adrenérgicas y disminuir la actividad plasmática de la retina.

Sus principales efectos adversos se manifiestan a nivel del corazón con bradicardia y alteración en el sistema de conducción; a nivel bronquial, con broncoconstricción, a nivel vascular periférico, con vasoconstricción, además de que altera el metabolismo de la glucosa y ocasiona elevación en los niveles séricos de colesterol.

Están contraindicados en la insuficiencia cardíaca, la bradicardia, el asma bronquial, la bronquitis crónica y la diabetes lábil. (17)

VASODILADORES

Prácticamente solo se utilizan en la hipertensión moderada o severa, asociados a otros medicamentos para potenciar su efecto, se emplean a dosis lentamente progresivas para evitar sus reacciones adversas.

Mediante un mecanismo directo, relajan al músculo liso vascular, disminuyendo las resistencias periféricas.

En forma refleja, condicionan aumento de la actividad adrenérgica y ello causa taquicardia, que es uno de los principales efectos adversos y, dado que esto aumenta el consumo de oxígeno del miocárdio, están contraindicados en la insuficiencia coronaria aguda. (17)

CALCIOANTAGONISTAS

Bloquean la entrada de calcio a la célula, evitando que estos iones actúen como mediadores en el acoplamiento excitación-contracción tanto del miocardio como del músculo vascular periférico.

De acuerdo a su sitio de acción, algunos de ellos ocasionan sobre todo disminución en la frecuencia y en la fuerza de contracción del miocardio y otros actúan fundamentalmente como vasodilatadores, de ahí la siguiente clasificación clínica:

TIPO 1. Con efectos electrofisiológicos en el miocardio y vasculares.

(verapamil, gallopamil, diltiazem)

TIPO 2. Con efectos predominantemente vasculares (nifedipina, nitrendipina, nicardipina, felopidina, amlodipina)

TIPO 3. Con efectos vasculares selectivos.

(cinacina, flunaricina)

TIPO 4. Con perfil farmacológico complejo.

(bepridil, lidoflacina)

Todos los calcioantagonistas por sus mecanismos de acción, pueden emplearse en todos los tipos de hipertensión arterial y en la cardiopatía isquémica;

los de tipo 1 son útiles también en el control de la taquicardia supraventricular, pero están contraindicados en la insuficiencia cardíaca; los de tipo 2, por predominar su efecto vasodilatador son útiles en las crisis hipertensivas y por disminuir la postcarga, se emplean en el tratamiento de la insuficiencia cardíaca.

Entre los efectos adversos de los tipos 1 destacan la bradicardia y los trastornos de la conducción y, en los de tipo 2, la cefalea y el rubor facial. Con cualquier calcioantagonista se han reportado edema y constipación.(17)

INHIBIDORES DE LA ENZIMA CONVERTIDORA

Son medicamentos que bloquean la enzima convertidora de la angiotensina e inhiben la transformación de angiotensina I en II, que es un potente vasoconstrictor; evitan también la producción de aldosterona y potencian el efecto hipotensor de la bradikina; además facilita la formación de prostaglandinas vasodilatadoras; con todo ello, se logra una disminución de las resistencias vasculares periféricas.

Por sus mecanismos de acción, pueden emplearse en hipertensos con insuficiencia cardíaca y diabéticos. Se pueden emplear en monoterapia o combinados con fármacos de cualquier otro grupo.

Entre sus efectos adversos, destaca la tos seca, la hiperkalemia y, en forma rara, exantema maculopapular, alteraciones del gusto, neutropenia y proteinuria.

Esta contraindicado su uso en la estenosis renovascular bilateral y en el embarazo. (17)

INHIBIDORES DE LA SEROTONINA

La ketanserina es en la actualidad el único fármaco que tenemos en este grupo; su efecto se debe a que bloquea específicamente los receptores S₂ de la serotonina; provoca vasodilatación periférica y disminución de la adhesividad plaquetaria; su acción se obtiene en forma lentamente progresiva. Esta indicada sobre todo en pacientes de edad avanzada y/o con hipertensión sistólica.

Se ha reportado con su empleo cefalea, mareo somnolencia y sequedad de mucosas. No se le conocen contraindicaciones. (17)

ORIENTACION DIETETICA

Esta demostrada la relación entre mayor ingesta de sodio y la elevación de la presión arterial, así como la respuesta al tratamiento hiposódico. Recomendamos en forma práctica, eliminar el salero de la mesa y restringir el consumo de alimentos ricos en sodio, como los embutidos, enlatados, ahumados, conservas, quesos, pan de sal, consomé, mostaza y verduras de hoja verde oscura, así como lógicamente, aquellos alimentos que son salados por su preparación, como la cecina y el bacalao. Es recomendable una ingesta entre 1.5 a 2.5 gramos de sodio por día.

Como existe una relación directamente proporcional entre el exceso de peso y las cifras de presión arterial y, es más difícil el control de la enfermedad mientras no se pierda el peso sobrante, es conveniente que se busque el peso ideal del hipertenso y que se restrinja también la ingesta de grasas saturadas lo que tendrá mayor importancia si el enfermo cursa además con hiperlipidemia. (1,19)

ORIENTACION HIGIENICA

El ejercicio dinámico, mínimo de 150 minutos por semana ha demostrado ser útil en el control de la hipertensión, del tabaquismo, de la hiperlipidemia, de la diabetes, de la obesidad y del stress emocional, al lograr, a mediano plazo, entre otros efectos, la reducción de la frecuencia cardíaca de las resistencias periféricas, el aumento del volumen-látido y del gasto cardíaco, disminuir la coagulabilidad y la adhesividad plaquetaria, disminuir la actividad simpática y la secreción de catecolaminas, aumentar la capacidad funcional cardiovascular y disminuir la demanda de oxígeno. (19)

Se ha demostrado que el alto consumo de bebidas alcohólicas esta relacionado con la hipertensión, por lo que para evitar desajustes, se permite la toma máxima de 30 ml. de etanol por día, corresponde a 60 ml. de whisky, 240 ml.

de vino o 720 ml. de cerveza. Otras medidas útiles en el control de la hipertensión arterial, son la supresión del tabaquismo y el control del stress mediante técnicas de relajación y de psicoterapia, con lo que se puede reducir la presión sistólica hasta 11mmHg y la diástolica hasta 7.1 mmHg . (1)

EFECTOS QUE PRODUCE EL STRESS EN LAS PERSONAS

En 1976 el psicólogo canadiense Hans Selye propuso que reaccionamos ante el stress físico y psicológico en tres etapas que llama " Síndrome general de adaptación" ,esas tres etapas son la reacción de alarma, la resistencia y una etapa final de fatiga . La secuencia puede repetirse varias veces en un solo día conforme se presentan nuevas exigencias. (16)

Etapa 1. La reacción de alarma constituye la primera respuesta al stress, comienza cuando el cuerpo reconoce que debe repeler un peligro físico o psicológico. Las emociones son intensas, nos volvemos más sensibles y alertas. La respiración y la frecuencia cardiaca aumentan, los músculos se pone tensos y se producen otros cambios fisiológicos. Tales cambios nos ayudan a movilizar nuestros recursos de confrontación a fin de recobrar el autocontrol. En esta etapa podemos utilizar las estrategias directas o defensivas, si ninguna de ellas reduce el stress, al final entraremos en la segunda etapa de adaptación propuesta por Seyle.

Etapa 2. La de la resistencia. Los síntomas psicosomáticos y otros signos se manifiestan a medida que luchamos contra la creciente desorganización psicológica. Intensificamos el uso de las técnicas directas y defensivas de la confrontación. Si logramos el stress, recobramos el estado normal. Pero si el stress es extremo o prolongado, desesperados retornaremos a técnicas inapropiadas para la situación actual, aferrándonos rígidamente a ellas pese al echo de que no nos ayuden mucho. De ser así, los recursos físicos y emocionales merman aún más y se manifiestan con mayor claridad los signos de deterioro y desgaste.

En la tercera etapa el sujeto tiende a utilizar en forma masiva mecanismos de defensa cada vez más ineficaces, en un intento desesperado por lograr control sobre el stress. No es raro que algunos pierdan contacto con la realidad y que muestren signos evidentes de trastorno emocional o de psicopatía, en esta etapa de la adaptación. Otros revelan signos de "agotamiento" ,como incapacidad de concentrarse, irritabilidad, posposición de las cosas y una creencia cínica en que nada vale la pena. En ocasiones se presentan síntomas psicósomáticos, entre ellos problemas cutáneos o malestares gástricos , y algunas víctimas de agotamiento recurren al alcohol o las drogas, con el propósito de sortear el stress. Si este continúa, puede haber daño físico o psíquico irreparable, pudiendo sobrevenir incluso la muerte.

Una de las consecuencias más sorprendentes de la teoría de Selye, es la posibilidad de que el stress psíquico ocasione enfermedad o, al menos empeore. La hipótesis es objeto de controversias, pero los estudios recientes respaldan la suposición de que los factores psíquicos se hallan en el origen de algunos de los peores padecimientos del ser humano, entre ellos la cardiopatía.

Más aún, se sabe que el stress en el trabajo o en la vida personal parece aumentar el riesgo de enfermedad coronaria. El nexa entre el stress y la enfermedad se aprecia sobre todo cuando alguien nada puede hacer para controlar la fuente de la tensión, como cuando se pierde el trabajo o muere un pariente. Por otra parte, las personas de tipo "A" son propensas a la cardiopatía . Las personas del tipo "A" extremo están obsesionadas por un sentido de urgencia del tiempo y sin cesar intentan hacer varias cosas a la vez. A menudo son hostiles e impacientes, hablan en forma entrecortada, tienden a terminar las oraciones del interlocutor y son competitivas y de trato difícil. En el trabajo ponen más empeño que sus subordinados. Las personas del tipo "B" rara vez sienten el impulso de aumentar la cantidad de trabajo que ejecuta. Por el contrario, les preocupa la calidad de él y de su vida en general. Aunque a menudo son tan inteligentes, ambiciosas y prósperas como las del tipo "A", muestran menor agresividad.

Friedman y colaboradores describieron que los hombres de tipo "A" estudiados primero en 1960, tenían la probabilidad tres veces mayor de sufrir una cardiopatía en los últimos 10 años, que los del tipo "B". Los primeros son especialmente sensibles a las fuentes negativas del stress que ponen en peligro su control sobre el ambiente; parece ser que su reacción ante los acontecimientos productores de stress es lo que incrementa la probabilidad de la cardiopátia. (16)

II.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Existen numerosas causas para que la presión arterial sistémica esencial se eleve en forma patológica.

En la patología de la hipertensión arterial sistémica esencial intervienen una serie de factores causantes como son los de origen psicológico debido a conflictos habituales de los pacientes, sentido de culpa sublimado en forma de gran rigidez de conducta con gran productividad en el trabajo, intensas preocupaciones; decepciones profundas, consecuencia de la exposición a la vida cotidiana en ciudades urbanas o industriales.

Otra causa de origen son las del tipo hereditario, que predispone a los individuos a la hipertensión.

Existen también factores ambientales, como son el exceso de sodio en la dieta, alcoholismo y tabaquismo, obesidad y stress; y factores sociales, como la edad, sexo, escolaridad, ocupación y estado civil.

En la evaluación del paciente son indispensables la toma de una historia clínica completa y el examen físico.

Debe presentarse especial atención a cualquier antecedente familiar de hipertensión, hiperlipidemia, enfermedad isquémica del corazón o embolia cerebral; todo síntoma de una afección cardiovascular, renal o bronquial; el estilo de vida, nivel de escolaridad, ocupación y perfil sociológico del paciente. Debe cuantificarse el consumo de tabaco y alcohol, así como el aumento de peso desde comienzos de la edad adulta. También se debe investigar el uso de fármacos con efecto hipertensivo como los anticonceptivos orales, los antiinflamatorios no esteroideos y el regaliz.

Es necesario conocer el peso y la estatura, determinar el tamaño cardíaco, determinar exámenes de fondo de ojo, y la detección de anomalías carótidas,

renales y periféricas. Requiere realizar un electrocardiograma para detectar hipertrofia de ventrículo izquierdo. En casos específicos, se deben efectuar pruebas adicionales para descartar otras causas curables de hipertensión. (5,23)

De acuerdo a lo anterior en el presente estudio se investiga cuales son las características sociales y clínicas de los pacientes hipertensos de 20 a 40 años de edad de la Clínica Iztapalapa.

III.

JUSTIFICACION

Se calcula que en los Estados Unidos haya más de 35 millones de hipertensos (más del 20 % de los adultos)

La prevalencia de hipertensión sistólica aislada (presión arterial sistólica mayor o igual a 160 mmHg. y presión sistólica arterial diastólica mayor o igual a 90 mmHg.) se incrementa con la edad, al menos hasta los 80 años.

Entre negros y blancos la prevalencia de hipertensión en las mujeres es superior a la registrada en los varones.

La hipertensión es primaria (esencial) en un porcentaje de casos comprendido entre el 85 y 90 %; entre el 5 y 10 % de los casos se desarrolla una hipertensión secundaria a una enfermedad parenquimatosa renal bilateral, y solo el 2% de los casos se deben a una enfermedad potencialmente curable (1).

Se ha demostrado que los hipertensos tienen dos a tres veces más la posibilidad de presentar infarto del miocardio, cuatro veces más enfermedad vascular cerebral y hasta seis veces más caídas en insuficiencia cardíaca.

De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud, la hipertensión es la enfermedad crónica más frecuente en el mundo y en nuestro país, también los reportes de los estudios epidemiológicos aislados indican que en México la padece del 10 al 29.2 % de la población adulta.

En nuestro país, la Secretaría de Salud, reporta de acuerdo con sus certificados de defunción, una tendencia ascendente de la mortalidad por enfermedad hipertensiva cardiovascular como las primeras causas de mortalidad, en donde las enfermedades cerebro-vasculares ocupan el primer lugar, la enfermedad isquémica del corazón el segundo, y la enfermedad hipertensiva el tercer sitio.

En Instituto Mexicano del Seguro Social que protege a la mayoría de los trabajadores del país, registró entre 1987 y 1990 a 147,566 casos de invalidez, de los que 3,537 (2.39%), fueron causados por la hipertensión arterial. (1,2,5,6,7)

Por otra parte, en poblaciones que tienen valores elevados de colesterol en el plasma, la morbilidad y mortalidad suelen relacionarse con la enfermedad isquémica del corazón. Además existe un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, si, son fumadores, diabéticos o si tienen antecedentes familiares de hipertensión y existan signos de afección renal (hematuria, proteinuria, aumento de creatinina en plasma) . (5,12,23,24)

La determinación de hipertensión ha sido un proceso multifactorial, con importantes componentes físicos y psicosociales.

La hipertensión arterial se asocia con un mayor riesgo de enfermedad cardiovascular, independientemente de la presencia o ausencia de síntomas, y su tratamiento exige la consideración de diversos factores por parte del médico.

Las directrices para el tratamiento de la hipertensión, abarcan las intervenciones farmacológicas y no farmacológicas y la corrección de los principales factores de riesgo para prevenir los trastornos cardiovasculares. (22)

Para mejorar la salud cardiovascular, se aconsejan el abandono del hábito del fumar , el adelgazamiento, el consumo reducido de alcohol, sal, lípidos saturados, y el ejercicio periódico. (5,11,12,24)

Por su forma de presentación lenta e insidiosa y en ocasiones asintomática, es necesario que exista mayor información respecto a esa enfermedad, con la finalidad de realizar exámenes periódicamente como aspecto básico para prevenir la enfermedad, además de dar educación para la salud, en la prevención de la enfermedad hipertensiva.

Si los hipertensos pudieran ser detectados y controlados adecuadamente habría una disminución de la morbilidad y mortalidad causada por esta padecimiento. (3,4)

El presente estudio se lleva a cabo con la finalidad de conocer las principales características sociales y clínicas de los pacientes hipertensos de la Clínica Iztapalapa, en personas de 20 a 40 años de edad, y de este modo buscar soluciones a ellos, para así disminuir la frecuencia de las enfermedades cardiovasculares y en consecuencia disminuir la morbilidad y mortalidad en ese grupo de población económicamente activa.

IV.

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

Identificar las características sociales y clínicas de los pacientes hipertensos de la Clínica Iztapalapa.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- 1.- Establecer el nivel de escolaridad de la población en estudio.
- 2.- Identificar el estado civil de la población estudiada.
- 3.- Establecer la ocupación de la población en estudio.
- 4.- Identificar la edad de la población en estudio.
- 5.- Identificar el sexo en que predomina la hipertensión arterial sistémica de la población en estudio.
- 6.- Determinar tiempo de evolución de la hipertensión arterial sistémica de la población en estudio.
- 7.- Determinar si existen antecedentes herdofamiliares en la población en estudio.

- 8.- Determinar si existen antecedentes de tabaquismo en la población en estudio.
- 9.- Determinar si existen antecedentes de alcoholismo en la población en estudio.
- 10.- Identificar si existe hipercolesterolemia en los pacientes hipertensos en estudio.
- 11.- Conocer los datos más frecuentes de los pacientes hipertensos en estudio.
- 12.- Determinar los conocimientos del paciente hipertenso acerca de la hipertensión
- 13.- Conocer que medidas higiénico dietéticas, para el control de la hipertensión realizan los pacientes en estudio.

V.

METODOLOGIA

TIPO DE ESTUDIO

Esta investigación se considera prospectiva, ya que se registra la información según van ocurriendo los fenómenos.

También es un estudio transversal, ya que las variables se miden solo una vez.

Es descriptivo, debido a que investiga las características de la población y presenta los hechos o fenómenos pero no los explica.

Es un estudio, donde la población no tiene grupo control.

Observacional, porque el investigador solo puede describir o medir el fenómeno estudiado, y no puede modificar a voluntad ninguno de los factores que intervienen en el proceso.

POBLACION, LUGAR Y TIEMPO DE ESTUDIO.

Se estudian pacientes hipertensos de ambos sexos, adscritos a la Clínica Iztapalapa, I.S.S.S.T.E. de la Subdelegación Médica Oriente, D.F.

El estudio se realizó en un periodo comprendido del 28 de agosto al 29 de diciembre de 1995.

TIPO Y TAMAÑO DE LA MUESTRA

La población encuestada consta de 75 personas que están adscritas a la Unidad Clínica Iztapalapa I.S.S.S.T.E. seleccionadas mediante un muestreo no aleatorio y de tipo secuencial.

Los pacientes encuestados, son pacientes que acuden periódicamente a la consulta externa en la Clínica Iztapalapa.

CRITERIOS DE INCLUSION

- 1.- Ser derechohabiente adscrito a la Clínica Iztapalapa.
- 2.- Ser hipertenso esencial
- 3.- Estar en el rango de edad de 20 a 40 años.
- 4.- Aceptar participar en el estudio.

CRITERIOS DE EXCLUSION

- 1.- No derechohabiente dela Clínica Iztapalapa.
- 2.- No estar adscrito a la Clínica Iztapalapa.
- 3.- No ser hipertenso esencial.
- 4.- No estar en el rango de edad se 20 a 40 años.
- 5.- No aceptar participar en el estudio.

CRITERIOS DE ELIMINACION

- 1.- Tener Diabetes Mellitus asociada a Hipertensión.
- 2.- Ser hipertenso secundario.

INFORMACION A RECOLECTAR (VARIABLES)

Edad

Sexo

Escolaridad

Estado civil

Ocupación

Tiempo de evolución de la hipertensión

Antecedentes de tabaquismo

Antecedentes de alcoholismo

Antecedentes de hipercolesterolemía

Datos clínicos

Medidas higiénico dietéticas

METODO O PROCEDIMIENTO PARA CAPTAR LA INFORMACION

El presente estudio de investigación, se ha realizado en la Clínica Iztapalapa I.S.S.S.T.E. , en un periodo que va del 28 de agosto al 29 de diciembre de 1995.

Encuestando a una población de 75 personas adscritas a la Clínica Iztapalapa.

Los pacientes encuestados, son pacientes que acuden periódicamente a la consulta externa en la Clínica Iztapalapa, para control de su presión arterial.

Los pacientes se encuentran en el rango de edad de 20 a 40 años. A estos pacientes se les hace registro de su presión arterial en cada consulta, por personal apto y previamente capacitado para la toma indirecta de la presión arterial; con esfigmomanómetro de mercurio y estetoscopio para adulto. Estando el paciente en posición de sentado, con previo reposo de 5 minutos como mínimo.

El paciente fue clasificado como hipertenso después de haber realizado tres tomas de presión arterial en días distintos, predominando cifras mayores de 140/90 mmHg.(26)

La encuesta aplicada, fue elaborada por el propio autor, de acuerdo con los requerimientos de la población a encuestar y de las características de la unidad clínica, con el visto bueno del asesor de la tesis.

Previamente a la aplicación del cuestionario se realizó prueba piloto, con 10 encuestas, siendo requisitadas sin complicaciones.

Posteriormente se aplica a la población seleccionada con previa autorización del derechohabiente, que acude a la consulta externa de la clínica Iztapalapa.

La encuesta es requisitada durante la estancia en la consulta del derechohabiente.

Los pacientes son seleccionados para la aplicación de la encuesta, mediante los criterios de inclusión, de no inclusión y de exclusión.

CONSIDERACIONES ETICAS

El objetivo general de la investigación en seres humanos, tanto adultos, como niños, es obtener información científica acerca de ellos, para desarrollar un cuerpo de conocimientos que permita el manejo racional de la Naturaleza en beneficio del hombre.

Finalmente, el hombre es a fin de cuentas el beneficiario de la investigación que sobre él se efectúa y por lo tanto antes de aplicar rutinariamente los resultados de otros seres, necesariamente hay que conocer sus efectos en el hombre.

Para llevarse a cabo el presente estudio de investigación se ha de cumplir con los códigos éticos establecidos en la declaración de Helsinki de 1964 y posteriormente Tokio en 1975, así como las normas que la Secretaría de Salubridad y Asistencia (S.S.A.) ha comunicado, a través del Diario Oficial del 26 de enero de 1982. (21)

Se le consultó al paciente sobre la posibilidad de ingresar a este trabajo de investigación, sin que para ello fuera necesario el llenado de carta de consentimiento.

Se le explica al paciente que en caso de requerir los resultados, le serán proporcionados.

Se aclaró que los datos proporcionados se usarán en forma confidencial.

VI.

RESULTADOS

DESCRIPCION DE RESULTADOS

Se realizó una encuesta de 29 preguntas a una población de 75 personas, con un rango de edad de 20 a 40 años, grupo que en promedio tiene una edad de 33.97 años.

Siendo 50 femeninos que corresponde al 66.66% y 25 masculinos que corresponden al 33.33% .

De la población en estudio se encontró que 11 personas (14.66%) cursarán primaria, 25 cursarán secundaria (33.33%), 19 cursarán bachillerato siendo 25.33% , 9 tienen licenciatura que corresponde al 12% y 11 personas (14.66%) tiene una carrera técnica.

De acuerdo a su estado civil se encontraron 16 personas solteras (21.33%) , 35 casadas (73.33%) , 1 divorciado (1.33%), 1 persona viuda (1.33%) y 2 personas en unión libre (2.66%) .

De los 75 encuestados, uno es estudiante (1.33%), 11 se dedican al hogar (14.66%), 3 son obreros (4%), 10 se dedican a la docencia (13.33%), 3 al comercio (4%), 10 son secretarías (10.33%), 21 son empleados (28%), 6 son custodios que corresponde al 8%, 7 son dedicados a labores de intendencia (9.33%), 1 encuestado se dedica a enfermería (1.33%), 1 pertenece a parques y jardines (1.33%), y 1 persona es policía (1.33%).

De 75 personas, 61 (81.33%) se encuentran en un intervalo de 0 a 5 años de padecer hipertensión, 11 (14%) se encuentran en un intervalo de 6 a 10 años de padecer hipertensión, 3 (4%) tienen de 11 a 20 años de padecerla.

Los pacientes que utilizan un solo medicamento fueron 72 (96%), los pacientes que utilizaron 2 o más medicamentos fueron 3 .que corresponden al 4%.

De la población en estudio 64 personas cuentan con antecedentes hereditarios, que corresponde al 85.33%, y 11 personas no tienen antecedentes hereditarios (14.66%).

De las personas encuestadas 27 (36%) tienen tabaquismo y alcoholismo positivo, los pacientes que no realizan ejercicio y fuman fueron 6 (8%), las personas que no realizan ejercicio con tabaquismo y alcoholismo negativo fueron 42 (56%).

En cuanto a quienes presentan infección de vías urinarias 36 personas (48%) presentan, 35 (46.66%) no presentan, 4 personas (5.33%) lo ignoran.

De las 75 personas, 10 (13.33%) presentan hematuria, 61 personas (81.33%) no presentan, y 4 personas (5.33%) lo ignoran.

Personas que han presentado derrames oculares, 25 (33.33%) presentan, 49 (65.33%) no presentan, y una persona lo ignora (1.33%).

Con respecto a haber tenido Enfermedad Vascular, ninguna persona ha tenido, 73 personas (97.33%) refieren no haber tenido y 2 personas (2.66%) lo ignoran.

De los 75 encuestados, 4 personas (5.33%) tienen alto colesterol, 59 encuestados (78.66%) no tienen y 12 (16%) lo ignoran.

Dos encuestados (2.66%) tienen triglicéridos altos, 53 (70.66%) no tienen y 20 (26.66%) lo ignoran.

De los pacientes encuestados 13 (17.33%) atribuyen la hipertensión exclusivamente al stress, y 62 (82.66%) atribuyen la hipertensión al stress y/o otros factores.

Con respecto a quién se le atribuye la responsabilidad del control de su presión, 63 personas (84%) se la atribuyen y 12 personas (16%) atribuyen la responsabilidad del control de la hipertensión al médico y otras personas.

De la población estudiada 73 personas (97.33%) tienen conocimiento de cuando deben visitar al médico para su control, y 2 (2.66%) lo desconocen.

De 75 personas, 49 corresponden al 65.33% que atribuyen la causa de la hipertensión al stress, y 26 personas que corresponde al 34.66% atribuyen la causa de la hipertensión a otras causas.

De acuerdo a la causa del descontrol de su presión, 54 personas (72%) consideran el descontrol por problemas de trabajo, y 21 personas (28%) atribuyen el descontrol de su presión a otros problemas como son económicos, problemas para seguir la dieta, problemas familiares, con amistades, o con la pareja.

De la población en estudio, 39 personas (52%) realizan alguna actividad física para el control de su hipertensión ,y 36 (48%) no realizan actividad física.

De 75 personas, 27 (36%) se someten a alguna dieta para el control de su hipertensión, 48 (64%) no se someten a alguna dieta.

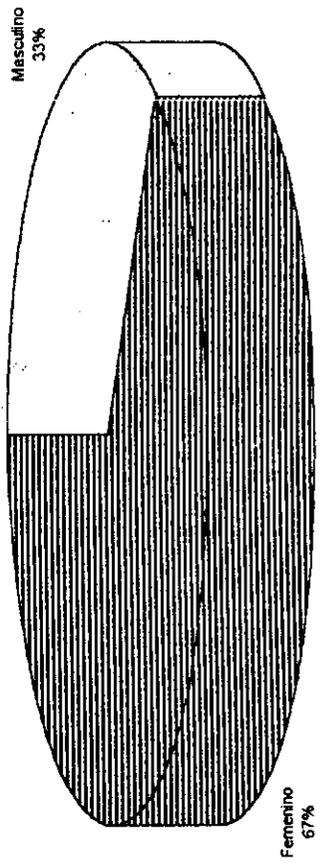
Han utilizado como control de su hipertensión el control de su peso corporal, 19 encuestados (25.33%) , y 56 (74.66%) no lo hacen.

Personas que han dejado de fumar o ingerir bebidas alcohólicas fueron 18, que corresponde al 24 %, y 57 personas (76%) no lo han llevado a cabo.

CARACTERISTICAS SOCIALES Y CLINICAS DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS DE LA CLINICA IZTAPALAPA

SEXO	No.	%
Masculino	25	33%
Femenino	50	67%
TOTALES	75	100%

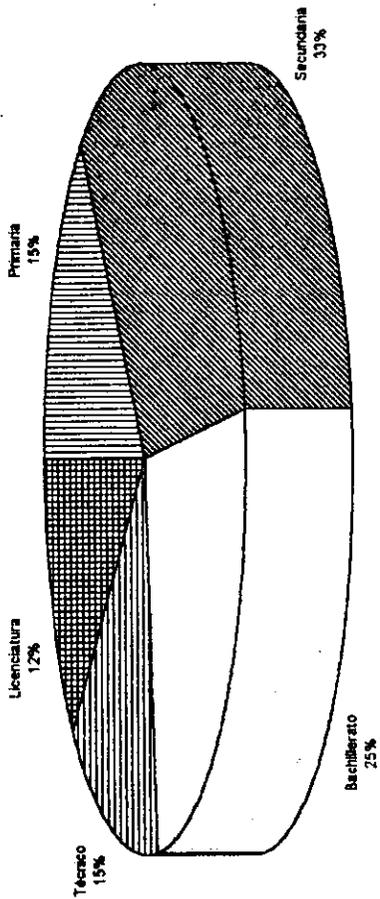
HIPERTENSOS SEGUN SEXO DE LA POBLACION ENCUESTADA



CARACTERISTICAS SOCIALES Y CLINICAS DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS DE LA CLINICA IZTAPALAPA

ESCOLARIDAD	No.	%
Primaria	11	15%
Secundaria	25	33%
Bachillerato	19	25%
Técnico	11	15%
Licenciatura	9	12%
Totales	75	100%

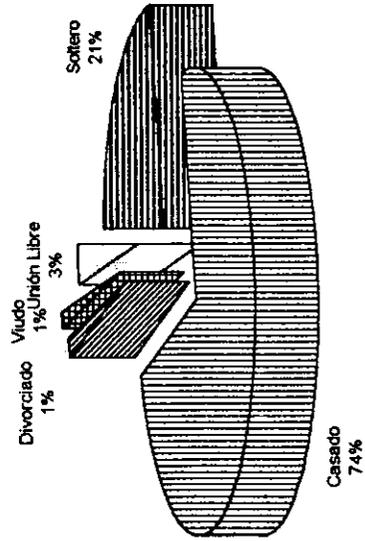
HIPERTENSOS SEGUN ESCOLARIDAD DE LA POBLACION ENCUESTADA



**CARACTERISTICAS SOCIALES Y CLINICAS DE LOS PACIENTES
HIPERTENSOS DE LA CLINICA IZTAPALAPA**

Estado Civil	No.	%
Soltero	16	21%
Casado	55	73%
Divorciado	1	1%
Viudo	1	1%
Unión Libre	2	3%
Totales	75	100%

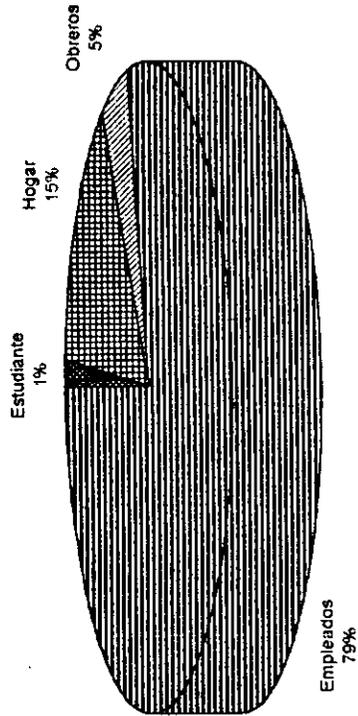
**HIPERTENSOS SEGUN ESTADO CIVIL DE LA POBLACION
ENCUESTADA**



**CARACTERISTICAS SOCIALES Y CLINICAS DE LOS PACIENTES
HIPERTENSOS DE LA CLINICA IZTAPALAPA**

OCUPACION	No.	%
Estudiante	1	1%
Hogar	11	15%
Obreros	4	5%
Empleados	59	79%
Total	75	100%

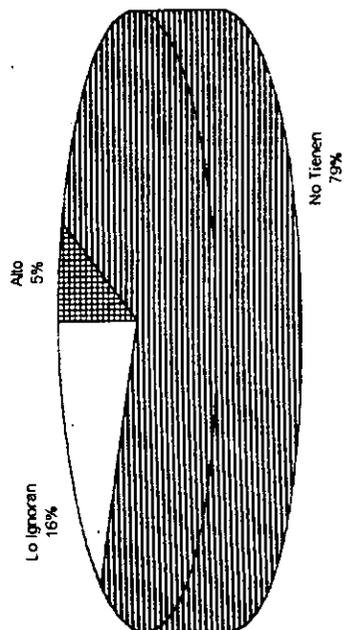
**HIPERTENSOS SEGUN OCUPACION DE LA POBLACION
ENCUESTADA**



CARACTERISTICAS SOCIALES Y CLINICAS DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS DE LA CLINICA IZTAPALAPA

COLESTEROL	No.	%
Alto	4	5%
No Tienen	59	79%
Lo Ignoran	12	16%
Total	75	100%

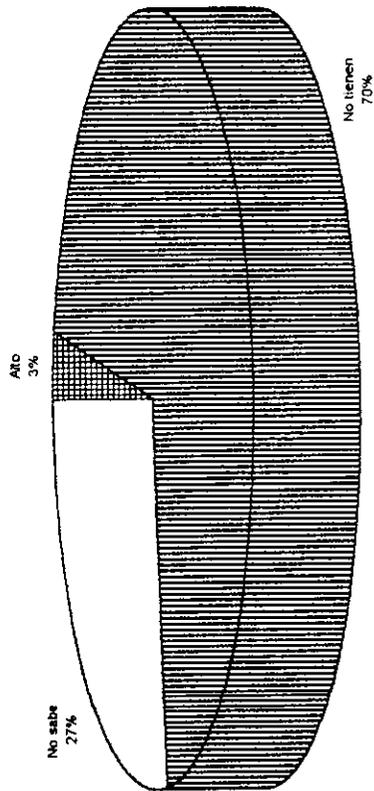
HIPERTENSOS CON COLESTEROL



CARACTERISTICAS SOCIALES Y CLINICAS DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS DE LA CLINICA
IZTAPALAPA

TRIGLICERIDOS	No.	%
Alto	2	3%
No tienen	53	71%
No sabe	20	27%
Total	75	100%

HIPERTENSOS CON TRIGLICERIDOS



CARACTERISTICAS SOCIALES Y CLINICAS DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS DE LA CLINICA IZTAPALAPA

ACTIVIDAD FISICA	No.	%
Realiza actividad fisica para el control de su presión	39	52%
No Realiza actividad fisica para el control de su presión	36	48%
Total	75	100%

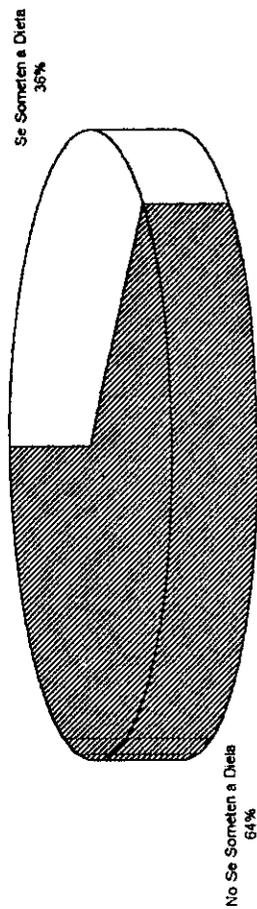
HIPERTENSOS QUE REALIZAN ACTIVIDAD FISICA PARA EL CONTROL DE SU PRESION



CARACTERISTICAS SOCIALES Y CLINICAS DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS DE LA CLINICA
IZTAPALAPA

DIETA	No.	%
Se Someten a Dieta	27	36%
No Se Someten a Dieta	48	64%
Total	75	100%

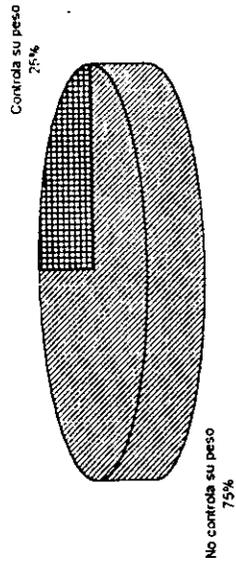
HIPERTENSOS QUE SE SOMETEN A DIETA PARA CONTROL DE SU PRESION



CARACTERISTICAS SOCIALES Y CLINICAS DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS DE LA CLINICA IZIAPALAPA

PESO	No.	%
Controla su peso	19	25%
No controla su peso	56	75%
Total	75	100%

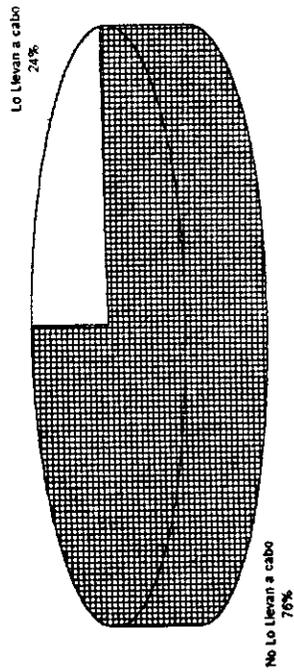
HIPERTENSOS QUE CONTROLAN SU PESO



CARACTERISTICAS SOCIALES Y CLINICAS DE LOS PACIENTES HIPERTENSOS DE LA CLINICA IZTAPALAPA

DEJAN TABAQUISMO Y ALCOHOLISMO	No.	%
Lo Llevan a cabo	18	24%
No Lo Llevan a cabo	57	76%
Total	75	100%

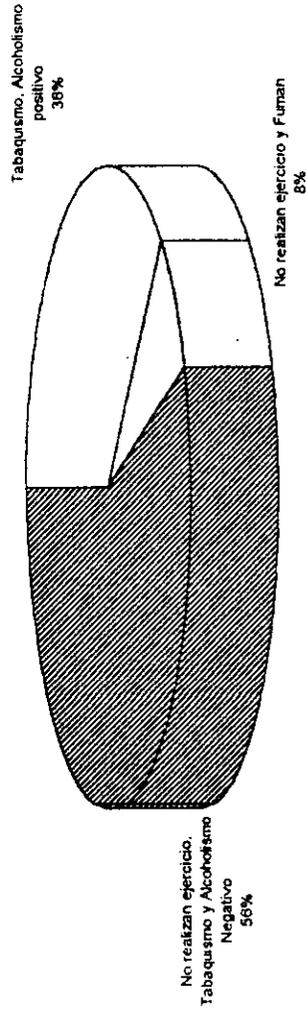
HIPERTENSOS QUE EVITAN TABAQUISMO Y ALCOHOLISMO



CARACTERÍSTICAS SOCIALES Y CLÍNICAS DE LOS PACIENTES HIPERTENSIVOS DE LA CLÍNICA IZTAPALAPA

TABAQUISMO, ALCOHOLISMO, AC. DEFORTIVA	No.	%
Tabaquismo.	27	36%
Alcoholismo positivo	6	8%
No realizan ejercicio y Fuman.	42	56%
Totales	75	100%

HIPERTENSIVOS SEGUN MEDIDAS HIGIENICO-DIETICAS DE LOS ENCUESTADOS



VII.

DISCUSION DE RESULTADOS

En cuanto a el nivel de escolaridad se reportó en el presente estudio que prevalece la población con secundaria, bachillerato y con carrera técnica, esto tiene importancia para el control de la hipertensión; así será que la población con menor capacitación, tendrá mejor comprensión de las medidas preventivas, y las llevará a cabo con más posibilidades de educación para la salud.

La prevalencia de la escolaridad en el presente estudio, se debió a las características de la población estudiada, dentro de la Unidad Clínica Iztapalapa, I.S.S.S.T.E.

La prevalencia en cuanto al estado civil, reportada en el presente estudio, fue de personas casadas; esto tendrá importancia debido a que la vida de una persona casada esta expuesta a mayor stress social, y con esto a tener predisposición a la hipertensión, ya que el stress es un factor predisponente de hipertensión (16). Al igual son personas expuestas al stress económico familiar, lo cual no permitiría llevar a cabo adecuadamente las recomendaciones preventivas y las modificaciones del estilo de vida, que beneficiarán su salud; como sería el manejo de stress; aunque en forma aguda se ha demostrado que las técnicas de relajación y psicoterapia pueden reducir los niveles de la presión arterial; a largo plazo no se ha encontrado un consistente beneficio(30).

El tipo de ocupación es valorable para la determinación de personas que están expuestas a menor o mayor stress, según su ocupación. En el estudio se reportó que la población en su mayoría es trabajadora, y que prevalecen los empleados y los que se dedican a la docencia. Tales resultados se deben a el tipo de población con que se trabaja en el presente estudio, I.S.S.S.T.E.

Para complementar el estudio se debería haber realizado una evaluación de stress de cada persona estudiada.

El presente estudio se realiza con una población que se encuentra en el rango de edad de 20 a 40 años, con promedio de 33.97 años, datos que no concuerdan con las referencias obtenidas (1,2,5,6,7,28); donde se dice que la hipertensión se incrementa con la edad, al menos desde los 55 a 60 años , y hasta los 80 años de edad. Esta discrepancia es debida a que en la presente investigación se desea observar a una población económicamente activa, por lo cual se tienen pacientes hasta los 40 años de edad.

El sexo femenino es en quien prevalece la frecuencia de hipertensión arterial sistémica, en el presente estudio; datos que coinciden con los encontrados en la bibliografía consultada (1,2,5,6,7,17), aunque algunos autores refieren que no se han observado diferencias uniformes en cuanto a la prevalencia de la hipertensión entre varones y mujeres.

El tiempo de evolución que prevalece en la hipertensión es de 0 a 5 años en la población estudiada ,siendo de un 81.33% . Estos resultados se deben a que la población encuestada no rebasa los 40 años de edad. Por tal motivo los resultados obtenidos en cuanto a la sintomatología, no serán datos de hipertensión crónica.

Debido a que el tiempo de evolución es corto, aún sería posible recomendar y orientar al paciente a modificar su estilo de vida para obtener un mejor control de su hipertensión, a base de medidas higiénico dietéticas y así suministrar la menor cantidad de medicamento posible, para que se eviten los efectos negativos de la sensación de bienestar (función sexual y la capacidad laboral y recreativa que pudieran causar los fármacos antihipertensivos.

En relación a la prevalencia de tener antecedentes heredofamiliares en la población estudiada, coincide con otros autores (5,12,17,23,24), en que los antecedentes heredofamiliares son una causa que predispone a padecer hipertensión, se deben investigar: hipertensión arterial primaria en familiares de primer grado, enfermedades hipertensivas ligadas a la herencia (como la diabetes mellitus, nefropatías, feocromocitoma familiar, etc.) , otras causas frecuentes de

hipertensión arterial secundaria, dislipidemias familiares, gota, complicaciones vasculares tempranas y muerte prematura.

Los factores genéticos tienen un papel importante. Los niños con un padre hipertenso, o más si son dos, padre y madre hipertensos, tienden a tener presiones arteriales más altas. Se ha sugerido que el intercambio anormal de cationes en los eritrocitos es un indicador potencial de un defecto genético.

Los antecedentes de tabaquismo y alcoholismo positivos en asociación con hipertensión, tienen una prevalencia baja en el actual estudio, esto es semejante con otros autores (17), debido a que el tabaquismo y el alcoholismo son factores exacerbantes, que en asociación con factores genéticos predisponen a la hipertensión, en otros estudios se ha observado que la ingestión inmoderada de alcoholismo tiene un efecto hipertensor. Por lo cual se sugiere no ingerir más de dos copas de bebida destilada (60ml.), dos vasos de vino (240 ml.), o dos botellas de cerveza (720 ml.) al día.

En cuanto a la asociación de hipertensión y cursar con hiperlipidemias, la prevalencia registrada en este estudio es baja; ya que de acuerdo con otros autores (1,15,19) la hiperlipidemia son solo factores exacerbantes y no predisponentes directos de la hipertensión.

En cuanto a los datos clínicos en los hipertensos, se investiga sobre la sintomatología de las complicaciones en órganos diana, ya que el paciente hipertenso puede cursar asintomático, por lo cual no existe sintomatología patognomónica de la hipertensión.

Se obtiene datos de infección de vías urinarias en un 48%, datos de hematuria en un 81.33%, derrames oculares 33.33% y en un 2.66% de pacientes que presentan antecedente de enfermedad vascular. Estos resultados obtenidos se semejan con los de otros investigadores (17). Sin embargo en el presente estudio no se lleva a cabo el registro de la sintomatología inicial de la hipertensión como serían las cefaleas pulsátiles suboccipitales que ocurren temprano por la mañana y

remiten durante el día. Además se puede acompañar de somnolencia, confusión, trastornos visuales, náuseas, vómito, sensación de inestabilidad y mareos.

En relación a los conocimientos del paciente hipertenso, acerca de la hipertensión, se obtuvieron los siguientes: una mayoría de los pacientes atribuyen la hipertensión al ser y/o otros factores, además se atribuyen la responsabilidad de su padecimiento a ellos mismos en su mayoría.

En una moderada cantidad de personas encuestadas conocen la frecuencia de sus visitas al médico.

Un 72% de los encuestados consideran el descontrol de su presión por problemas de trabajo. Debido a que en los resultados obtenidos en este estudio refieren que en su mayoría son conocedores del origen y de su responsabilidad para el control de la hipertensión; lo atribuimos a que la población estudiada en su mayoría es personal con un nivel de escolaridad medio o alto por ser derechohabiente del I.S.S.S.T.E. y fue población que aceptó a participar en el estudio, y no fue elegida al azar.

Para que el estudio fuera más preciso en cuanto al origen de la hipertensión, debió realizarse una prueba de valoración de stress en cada paciente encuestado y haber realizado un cuestionario más concreto en cuanto a los conocimientos del paciente hipertenso, acerca de la hipertensión.

En cuanto a las medidas higiénico dietéticas que llevan a cabo los pacientes hipertensos de este grupo estudiado, son: alguna actividad física en un 48% las personas que se someten a dieta hiposódica y baja en grasas, es solo el 36% , las personas que han controlado su peso como parte del control de su presión son 25.33% y un 24% de este grupo han dejado de fumar y/o han dejado de ingerir bebidas alcohólicas, como parte del control de su hipertensión (27,29). Datos que corresponden con los altos índices de morbilidad de la población adulta (1) , según otros autores , la enfermedad hipertensiva ocupa el tercer sitio.

Existen sólidas evidencias que señalan que la modificación del estilo de vida tiene un efecto saludable sobre los niveles de presión arterial en sujetos normo e

hipertensos. Estas modificaciones se refieren al control de peso corporal, disminución de ingesta de sodio, restricción en la ingestión de alcohol, realizar actividad física aerobica en forma regular, supresión del tabaquismo y manejo del stress entre otros.

VIII.

CONCLUSIONES

El nivel de escolaridad de los pacientes hipertensos encuestados correspondió a 33% con secundaria, seguido de bachillerato con 25% y en un 15% con primaria y nivel técnico.

De acuerdo al estado civil prevaleció la población casada con un 73%, seguida con 21% de población con estado civil soltera.

La población que prevaleció, en cuanto a su ocupación, fueron empleados con un 79%, seguidos por los que se dedican al hogar en un 15%, y con 5% de la clase obrera.

Los pacientes encuestados en este estudio fueron de una edad promedio de 33.97 años.

El sexo femenino es en quien predomina la hipertensión con un 67%.

El tiempo de padecer hipertensión en promedio fue de 0 a 5 años de evolución con un porcentaje de 81 %.

En un 85% de los pacientes existen antecedentes hereditarios de hipertensión.

El antecedente de tabaquismo negativo y alcoholismo negativo, asociado a la falta de realizar actividad física, prevalece en un 56%.

En los pacientes hipertensos prevalece un 79% con cifras normales de colesterol, y en un 71% con cifras normales de triglicéridos.

Dentro de la sintomatología que prevalece fue de un 48% con infección de vías urinarias, sin hematuria en un 81% y con un 65% sin derrame ocular.

De la población encuestada se encontró que un 52% realizan actividad física para el control de su presión, una prevalencia de 64 % de pacientes que no llevan a cabo su dieta para control de su presión, en un 75% tampoco controlan su peso

corporal y un 76 % de los pacientes que tuvieron hábitos de tabaquismo y alcoholismo, lo han suprimido.

Existen sólidas evidencias que señalan que la modificación del estilo de vida tiene un efecto saludable sobre los niveles de presión arterial en sujetos normo e hipertensos. Estas modificaciones deben ser permanentes para que puedan expresar todo su beneficio potencial. Los cambios pueden ser el único tratamiento en individuos hiperreactores y en hipertensos grado I, y deben someterse obligadamente al tratamiento farmacológico en los grados más graves de la enfermedad. Estas modificaciones deben aconsejarse a la población en general como una medida de prevención primaria de la hipertensión arterial y sus complicaciones.

Los cambios más importantes del estilo de vida son: reducción del peso corporal, disminución de la ingestión de sodio, restricción de la ingestión de alcohol, incremento de la actividad física aeróbica, en forma regular, supresión del tabaquismo (pues aunque no hay una clara liga etiopatogénica con la hipertensión arterial, el riesgo vascular se multiplica cuando ambos coexisten), manejo del stress, entre otros.

Es sumamente difícil cambiar el estilo de vida de los pacientes con hipertensión arterial dado que la sobrealimentación, el consumo exagerado de sal, la elevada ingestión de alcohol y el sedentarismo están profundamente arraigados en nuestra sociedad. Se recomienda por ello ampliar y profundizar las actividades de educación para la salud, dirigidas tanto a la población general como a los médicos, utilizando los medios masivos de comunicación, a fin de extender en lo posible la información necesaria para sensibilizar a la sociedad en su conjunto y, en particular, a los integrantes de la industria alimentaria.

Dado que el médico es el principal agente para el cambio, debe, antes que nada predicar con el ejemplo. A fin de lograr que estas recomendaciones dirigidas a la prevención primaria y secundaria sean exitosas, el esfuerzo comunitario debe

reunir a las autoridades gubernamentales, la comunidad médica, los maestros, los nutriólogos, los sociólogos y a la sociedad civil en su conjunto.

La buena comunicación entre médico y paciente es fundamental para explicarle a éstos la necesidad de modificar el estilo de vida. Las recomendaciones deben ser dadas por el médico en forma positiva, optimista, progresiva y no autoritaria, estableciendo, en lo posible, metas intermedias alcanzables.

Los objetivos del tratamiento antihipertensivo son el control de las cifras tensionales para evitar el daño de órganos diana, prolongar la vida y mejorar la calidad de la misma.

IX.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- 1.-Hernández H. Chávez I. Hurtado D.
Tratamiento de la hipertensión arterial
Guía de prescripción terapéutica 4, 1993 abril pag. 1-4

- 2.-Pagotto U. Fallo F. Andrea G. Boscaro M.
Anxiety Sensitivity in essential hypertension
Stress Medicine , 1992 april, Vol.8: 113-115.

- 3.-Donal R. Morse. Martin J. and Morhonov J.
Stress induced sudden cardiac death: can it be prevented?
Stress Medicine , 1992 january, Vol.8: 35-46

- 4.-Ray H Resenman. Hjemdahlp P.
Is there a causal relationship of anxiety, stress or cardiovascular reactivity to
hypertension?
Stress Medicine, 1991 july-september, Vol. 7 , 153-157.

- 5.-Mundal R. Erikssen J. Rodhal K.
Elevated Blood pressure in air traffic controllers during a period of occupational
conflict.
Stress Medicine, 1990 april-jun. Vol. 6. 141-144.

- 6.-Egan K. Nakagawa H. Garber A. Jarrett M.
The impact of Psychological Distress on the Control of Hypertension.
Journal of Human Stress , 1993, december Vol. 9 NO. 4 , 4-10.

7.-Linden W. Feuerstein M.

Essencial Hypertension and Social Coping Behaviop: Experimental Findings
Journal of Human Stress, 1993, sep. Vol. 9 No. 3 , 22-31.

8.-Jenkins D. Somervel P. Hames C.

Does Blood Presure Usually , Rise with Age?...Or with stress?
Journal Of Human Stress 1993,sep. Vol. 9 No. 3 , 4-12.

9.-Karansek R. Russell R. Theorell T.

Physiology of stress and Regeneration in Job Related Cardiovascular Illness.
Journal of Human Stress 1992, march, Vol. 8 No. 1 , 29-38.

10.-Helal A. Guidera J. Campos A. Niroomand-Rad Y.

Hypertension Following Orthopaedic Surgery in Children.
Journal Pediatric Orthop. 1993, nov-dic. vol.13 No.6 , 773-776.

11.-Gillman M. Cook N. Rosner B. Evans P.

Identifying children at high risk for the development of essential hypertension.
The Journal of Pediatrics . 1993 june, Vol. 122 No. 6 ,837-845.

12.-Nelson M. Raglan D. Syme L.

Longitudinal Prediction of Adult Blood Pressure from Juvenile. Blood Presure
Levels

American Journal of Epidemiology 1992. September, Vol 136, Pag 633-645.

13.-José Baes Villaseñor y Cols.

Nosología Básica Integral

Editorial Méndez Oteo

México D.F. 1984 . Tomo Y. 415-444.

- 14.-Valoración y Manejo de la Urgencia Médica.
Talleres Gráficos de la Facultad de Medicina, U.N.A.M.
Ciudad Universitaria 1987, 125-127.

- 15.-Merck & C.O., INC.
El Manual Merck
Ediciones Doyma E.E.U.U. 1989 8a edición en Español, 429-442.

- 16.-Charles G Morris
Psicología. Un Nuevo Enfoque
Edit. Hispanoamericana, S.A. México D.F. capítulos 4,13,14. 5a edición

- 17.- Krupp, Shoeder, Tierney, Mc Phee
Diagnóstico Clínico y Tratamiento
Editorial Manual Moderno , México D.F. 1990 214-225, 25a edición.

- 18.-J. Suros
Semiología Médica y Técnica
Editorial Salvat, 3a edición.

- 19.-M.H. Dolp, R.T. Manning
Propedéutica Médica de Major
Editorial Interamericana , México D.F. 1993 , 9a edición ,
255-267.

- 20.- Canales Alvarado Pineda
Metodología de la Investigación
Editorial Limusa, México 1994, 7a impresión.

- 21.-Mendez Ramirez Ignacio
El Protocolo de Investigación
Editorial Trillas, México D.F. 1993, Segunda reimpresión.
- 22.-El tratamiento de la hipertensión arterial leve
El Médico General y la Cardiología
Boletín de la OSP 11 (1): 6 1989.
- 23.-Sung B. William R. Lovallo, Steve M.
Cardiac Adaptation to Increased Systemic Blood Pressure in Borderline
Hypertensive Men.
American J. Cardiac. 1993;72; 407-412.
- 24.-Superko R Jeff MD, Paul T. Borthe W.
Effects of Cessation of Caffeinated-Coffee Consumption on Ambulatory and
Resting Blood Pressure in Men.
The American Journal of Cardiology ,1994, april, vol.73, 780-83.
- 25.-Yong L. Kuller L. Rutan G. Bunker C.
Longitudinal Study of Blood Pressure: Changes and Determinants from-up
study 1957-1963 to 1989-1990.
American Journal of Epidemiology 1993, vol. 138, No. 11, 973-983.
- 26.-Durham M.
Determinación de la presión arterial en el consultorio
El Médico General y la Cardiología
Septiembre 1993, 17 (1) 79. pag. 111-117.

27.-Fagards R Leuven.

El ejercicio físico en el tratamiento de la hipertensión.

Liga Mundial contra la hipertensión

El Médico General y la Cardiología, octubre 1993, 123-129.

28.-Robson L. Leung A.

Hypertension in young patients.

Hypertension 1991, september, vol. 90, No. 3 , 191-200.

29.- Lou S. Grima J. Sierra J. M. Aranda A.

¿Que ha supuesto la reforma de la atención primaria en el abordaje comunitario de la hipertensión arterial?

Atención Primaria 1993, octubre, vol 12, No. 7, 393-396.

X. ANEXOS

I.S.S.S.T.E.

ANOTE EN LA LINEA O EN EL PARENTESIS LA RESPUESTA CORRECTA:

NOMBRE _____ NO. REGISTRO _____

EDAD _____ SEXO _____ ESCOLARIDAD _____

ESTADO CIVIL _____ OCUPACION _____

1.- Indique el tiempo de padecer hipertensión. _____

2.-¿Qué medicamento usa para el control de su presión? _____

3.- MARQUE CON UNA (X) EN EL PARENTESIS QUE CORRESPONDA A
¿QUIEN DE SUS FAMILIARES PADECE HIPERTENSION?

Abuelos paternos() Abuelos maternos() Padre () Madre ()

Hermanos () Hijos () Primos() Tíos() Se ignora ()

4.- MARQUE CON UNA (X) LAS OPCIONES QUE USTED REALIZA:

Fuma () Toma bebidas alcohólicas () Realiza ejercicio ()

5.- MARQUE CON UNA (X) LOS SINTOMAS QUE USTED HAYA TENIDO.

Mareos () Dolor de cabeza() Zumbido de oídos()

Falta de aire() Cansancio () Sueño() Depresión()

Todas las anteriores() Ninguno de los anteriores()

13.-¿USTED HA TENIDO TRIGLICERIDOS ALTOS?

Si () No() No sé()

14.-MARQUE CON UNA (X) LA SITUACION QUE USTED CREA QUE CAUSE ALTERACION EN SU PRESION:

Stress() Alta ingesta de sal () Hacer ejercicio ()

Obesidad () Problemas familiares () Problemas de trabajo ()

Tabaquismo () Alcoholismo()

15.- MARQUE CON UNA (X) LO QUE PARA USTED SIGNIFICA CONTROLAR LA PRESION :

() Mantener la presión tan cerca de lo normal como sea posible.

() Vigilar la presión frecuentemente, con registro del baumanómetro

() Reducir complicaciones

() Todas las anteriores

() No sé

16.- EL CONTROL DE LA PRESION ES RESONSABILIDAD DE :

() El paciente () El médico () El familiar () No sé

17.- EL PACIENTE HIPERTENSO DEBE VISITAR AL MEDICO CADA:

tres meses cada año cada dos años

cuando presente complicaciones no sé

18.- LA CAUSA DE LA HIPERTENSION ES :

un defecto del riñón

un defecto del corazón

consecuencia de un susto o disgusto

consecuencia del stress

no sé

19.- LA CAUSA DEL DESCONTROL DE SU PRESION ES PRINCIPALMENTE
POR:

Problemas económicos

Problemas para seguir la dieta

Problemas emocionales

Problemas en el trabajo

() Problemas familiares

() Problemas con amistades

() Problemas con la pareja

20.-¿USTED REALIZA ALGUN TIPO DE EJERCICIO, COMO CONTROL DE SU PRESIÓN ALTA?

Si () No ()

21.- ¿SE SOMETE A UNA DIETA ESPECIAL PARA CONTROL DE SU PRESION?

Si () No ()

22.- ¿ USTED HA CONTROLADO SU PESO, COMO PARTE DEL CONTROL DE SU PRESION?

Si () No ()

23.- ¿ HA DEJADO DE FUMAR O INGERIR BEBIDAS ALCOHOLICAS COMO PARTE DEL CONTROL DE SU PRESION?

Si () No ()

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA