



11226

20

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO**

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE POST-GRADO E INVESTIGACION

DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

**PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE
CHIHUAHUA**

**“TRATAMIENTO BASICO EN PACIENTES CON HIPERTENSION
ARTERIAL SISTOLICA PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE
CHIHUAHUA. 1996”**

TESIS

PARA OBTENER EL DIPLOMA DE MEDICINA FAMILIAR

PRESENTA:

279131

DR. ALEJANDRO CABRERA ZAPATA

CHIHUAHUA, CHIH

2001



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.

**“TRATAMIENTO BASICO EN PACIENTES CON HIPERTENSION
ARTERIAL SISTOLICA, PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE
CHIHUAHUA. 1996”**

**TRABAJO QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. ALEJANDRO CABRERA ZAPATA

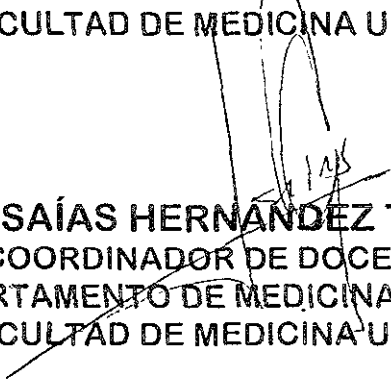
AUTORIZACIONES:



DR. MIGUEL ÁNGEL FERNÁNDEZ ORTEGA
JEFE DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.



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



DR. ISAÍAS HERNÁNDEZ TORRES
COORDINADOR DE DOCENCIA
DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR
FACULTAD DE MEDICINA U.N.A.M.

**“ TRATAMIENTO BASICO EN PACIENTES CON HIPERTENSION
ARTERIAL SISTOLICA, PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE
CHIHUAHUA. 1996”**

**TRABAJO PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA EN
MEDICINA FAMILIAR**

PRESENTA:

DR. ALEJANDRO CABRERA ZAPATA

DR. MANUEL ACOSTA ARMENDARIZ
PROFESOR TITULAR DEL CURSO DE ESPECIALIZACION EN MEDICINA FAMILIAR
PARA MEDICOS DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA, CHIH.

ASESORES DE TESIS:

R. Ise
L.E. ROSA ISELA ARRAS GABALDON

M. Ise
L.E. MIRIAM ISELA GOMEZ

ASESOR DE TESIS:

I. H. T.
DR. ISAIAS HERNANDEZ TORRES
PROFESOR DEL DEPARTAMENTO DE MEDICINA FAMILIAR

**AUTORIZACION DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE
CHIHUAHUA**

M. E. M.
LIC. MIGUEL ETZEL MALDONADO
DIRECTOR GENERAL DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO

R. N. B.
DR. RENE NUNEZ BAUTISTA
SUBDIRECTOR MEDICO DE PENSIONES CIVILES DEL ESTADO

INDICE

1.	MARCO TEORICO	1
2.	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
3.	JUSTIFICACION	9
4.	OBJETIVOS	11
5.	DISEÑO DEL ESTUDIO	12
6.	MATERIAL Y METODOS	13
7.	RESULTADOS	14
8.	DISCUSION	16
9.	CONCLUSIONES	18
10.	RECOMENDACIONES	18
10.	CUADROS Y GRAFICAS	19
11.	BIBLIOGRAFIA	35
12.	ANEXOS	38

MARCO TEORICO

MARCO TEORICO

La medicina moderna se encuentra en una etapa de modificación en sus estructuras en forma importante en todo el mundo. Los progresos se han logrado a través de las tecnologías de finales de éste siglo. México no es la excepción, En 1975 formó parte del acuerdo de salud para todos en el año 2000, a un año de finalizar el siglo XX se observa que el objetivo no se ha cumplido, ¿ será acaso por la poca cultura en salud que poseemos ?.

El estilo de vida que estamos viviendo tan acelerado conjugado a otros factores han predispuerto a que el individuo y el gobierno no hayan podido cambiar las prácticas habituales y el desgaste de la salud conjuntamente a destruir su entorno; es necesario educarnos para educar y así buscar cambios de conducta en cada uno de los seres humanos, para evitar la destrucción de su ser.

Se ha señalado, dada la frecuencia de la hipertensión arterial (HTA) y la inexactitud de las tomas aisladas de la consulta que es imprescindible registrar un número adecuado de tomas tensionales antes de etiquetarlo como paciente hipertenso y más aún, dar inicio a un tratamiento farmacológico.

En caso de presentarse dudas y variabilidad en las cifras arteriales es aconsejable la utilización del registro ambulatorio de 24 horas, evitando tratamientos inadecuados en pacientes sin cifras tensionales persistentemente elevadas. Recomendándoles modificar su estilo de vida disminuyendo el riesgo de indicar tratamientos farmacológicos (2).

La hipertensión arterial es uno de los principales factores de riesgo cardiovascular, causa principal de mortalidad y la segunda causa de años perdidos de vida potencial, se ha demostrado que un control adecuado de éste factor disminuye la mortalidad cerebro-vascular y algunas isquemias coronarias, el nivel de control es preocupante y variable de una zona a otra.

La hipertensión arterial a sido estudiada de diferentes puntos de vista: diagnóstico tratamiento y complicaciones. En cambio no se han dado a la tarea de conocer las causas reales que ocasionan la hipertensión arterial y no se realizan seguimientos adecuados de pacientes "normotensos" e hipertensos (3).

La hipertensión arterial ha sido considerada, como factor de riesgo asintomático, como un "Asesino Silencioso", en los últimos años se ha puesto de manifiesto "Asesino Silencioso II" siendo éste la hipertrofia ventricular izquierda que suele acompañar con mucha frecuencia al primero, constituyendo un dúo poco apto para los cardiólogos.

Se recomienda que la evaluación clínica de éstos pacientes se incluyan estudios básicos, sencillos, no agresivos y económicos. Una prueba diagnóstica que dá plena confianza debe reunir varias características:

1. Alta fiabilidad diagnóstica.
2. Poca agresiva.
3. Variabilidad intra, inter observador mínima
4. Accesibilidad
5. Cósto razonable

Desde el punto de vista epidemiológico nos han convencido de la importancia de la hipertensión arterial como factor de riesgo; Sin embargo los beneficios de otorgar tratamiento a pacientes hipertensos oportunamente reduce complicaciones cerebrales e isquemias cardiacas, buscando estudiar la hipertensión arterial diastólica y sistólica en un mismo plano, revalorando el tratamiento y la oportunidad de brindarlo (1 y 4).

La etiología de la enfermedad realmente es desconocida puede asociarse a la obesidad, carga genética de diabetes-mellitus, dislipidemias, independientemente de la edad y género, predominando en gente joven, productiva del sexo

femenino, en la población marginada, con un historial de tabaquismo, consumo de bebidas alcohólicas entre otras, incrementándose con la edad.

Hace ya varios años se han abierto nuevos caminos en el ámbito de la atención primaria, no solo en forma teórica sino también en la práctica con la convicción de integrar en la actividad diaria asistencial las actividades preventivas de forma sistemática y habitual.

El control de la hipertensión arterial es aceptada como idónea como, parte de programas preventivos, no con esto se debe aumentar el número de consultas de primera vez autogeneradas por el propio personal sanitario.

El diagnóstico de la hipertensión arterial no se basa en tomas casuales de la presión, las lecturas elevadas deben confirmarse en visitas posteriores, utilizando adecuadamente el esfigmomanómetro y de preferencia que la tensión sea checada por el mismo personal y a la misma hora para así poder evaluar las cifras registradas de presión arterial iniciando el tratamiento adecuadamente (8, 9, 10 y 11).

Los estudios de la población en relación a las complicaciones cerebrales y cardíacas se han estudiado desde el punto de vista de la hipertensión arterial diastólica (HTAD) dejando en segundo término la hipertensión arterial sistólica (HTAS).

Hay nuevos estudios que demuestran que las complicaciones antes mencionadas tienen la misma repercusión tanto en la hipertensión arterial diastólica como en la hipertensión arterial sistólica, por lo que es tiempo de cambiar conceptos y revalorar tratamientos estudiando los datos más actuales de la presión sistólica, usualmente definida como una tensión ≥ 160 mm Hg y una diastólica < 90 o 95 mm Hg.

Framinham encontró en un estudio de 30 años que la hipertensión arterial sistólica es mayor en mujeres arriba de los 65 años que en el hombre. De esto se desprende que la presión sistólica aumenta su prevalencia con la edad y afecta a un 7 por ciento en los pacientes viejos a dos de cada tres de ellos entre la sexta y octava década.

Algunos estudios muestran un incremento en el riesgo de las enfermedades cardiovasculares, para éstos pacientes con presión sistólica elevada conllevando un riesgo mayor que la hipertensión diastólica (4, 12 y 13).

La alta incidencia de la hipertensión arterial y las enfermedades cardiovasculares asociadas a ésta patología, han llevado a la búsqueda de tratamientos que además de disminuir las cifras tensionales, ayudan a evitar la hipertrofia cardíaca y vascular.

Una de las estrategias para el tratamiento, es la búsqueda de moléculas capaces de interferir con el sistema renina-angiotensina, que juega un papel importante en la regulación de la presión arterial.

El uso de medicamentos útiles para la hipertensión arterial sistólica puede asociarse a varias complicaciones que podrían producir efectos secundarios, por lo que su uso debe considerarse cuidadosamente, ya que los beneficios de la reducción de la tensión sistólica en la vejez, y el nivel de presión que debe alcanzarse en aún desconocida.

Algunos estudios comprueban que la hipertensión arterial sistólica puede ser disminuida con clortalidona logrando una reducción de un 35 por ciento en ataques cardíacos mayores en los pacientes. (12, 14 y 15).

Diferentes estudios en los que se utilizó hidroclorotiazida a dosis de 50 mg. donde reportan una hipertensión ortostática importante notándose que la

hipertensión arterial diastólica no sufrió cambios, el gasto cardiaco disminuyó sin modificación de la resistencia periférica, concluyendo que la disminución de la hipertensión arterial sistólica en el anciano es dada por el gasto cardiaco y no por la resistencia periférica.

El bajo nivel de potasio y sodio fueron estadísticamente significativos, sin necesidad de suplemento, sin sufrir cambios en el perfil de lípidos, contrastando con los estudios donde se argumenta que los diuréticos son los de primera elección, otros aseguran que la introducción de los calcio-antagonistas (CA) dentro de la práctica clínica y del arsenal terapéutico a sido de gran progreso, sobre muchas de las enfermedades cardiovasculares y sus complicaciones (16,17 y 18).

En otros estudios se refiere que la hipertensión arterial sistólica en el adulto mayor se debe a una disminución en la elasticidad y distensibilidad de los grandes vasos, lo que trae como consecuencia un aumento de las resistencias periféricas, por esto los calcioantagonistas como vasodilatadores son muy efectivos en la disminución de la hipertensión arterial sistólica.

Esto se demostró en un estudio multicéntrico de 2,184 pacientes tratados con nicardipina donde la hipertensión arterial sistólica disminuyó, y la hipertensión arterial diastólica no sufrió modificaciones, disminuyendo notablemente los efectos nocivos del medicamento, y a su vez la morbi-mortalidad. (19).

Se ha encontrado además que la combinación de calcioantagonistas con inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (ECA) a dosis bajas y con diuréticos reduce la tensión sistólica a cifras inferiores de 150 mm Hg. (20 y 21).

Numerosos ensayos clínicos han demostrado que una terapéutica anti hipertensiva eficaz reduce la morbi-mortalidad por enfermedades

cardiovasculares, basándose en una medida aislada de la toma de la presión arterial de manera convencional en la clínica.

Actualmente la evaluación, educación y mantenimiento de éstos pacientes a mejorado con la introducción del registro ambulatorio de la presión arterial, donde el médico observa éste parámetro varias veces en la actividad normal diaria como en el descanso nocturno, ésta aportación es importante para el tratamiento de la hipertensión, al interferir con el sistema renina-angiotensina-aldosterona por tener la facultad de inhibir la enzima convertidora de la angiotensina (22 y 23).

Los fármacos antihipertensivos tienen reacciones adversas entendiéndose éstas como: todo efecto perjudicial o indeseado, que aparece con la dosis utilizada por el hombre para la profilaxis, diagnóstico o terapéutica.

Es difícil establecer reacciones causales entre un fármaco y las reacciones adversas debido a las especiales interacciones médico-fármaco-paciente. Karek y Lasagna establecieron una metodología para definir el grado de causalidad entre un fármaco y una reacción adversa.

Los fármacos con reacciones adversas más frecuentes son: fármacos de acción central, reserpina, metildopa, guanetidina y diuréticos presentándose congestión nasal, depresión, trastornos gastrointestinales menores, fatiga y debilidad.

Las reacciones adversas con la metildopa van desde fatiga, depresión, trastornos gastrointestinales, hepáticos, pesadillas y vértigos.

Con la guanetidina aumentan el 10.8 por ciento y el 5.6 respectivamente con reserpina y metildopa.

Con respecto a los diuréticos (D) las reacciones adversas son más objetivas que subjetivas.

Los beta bloqueadores (BB) como es el propanolol tienen más efectos secundarios.

Los antagonistas del calcio (CA) son grupos más heterogeneos y presentan menos reacciones adversas entre ellos, debe destacarse que el verapamilo y el diltiazem presentan menos efectos por vaso dilatación pero más efectos digestivos cardiacos y cutáneos que el nifedipino y sus derivados (24).

Los programas de detección, estudio y seguimiento de los pacientes hipertensos son la base para mejorar las condiciones de vida, disminuir la morbi-mortalidad por enfermedades cardiovasculares.

En la actualidad las tendencias van enfocadas a la atención primaria evaluando los resultados de éstos programas, determinando la efectividad y desarrollando en la atención primaria, medidas según el grado de detección en la disminución de las cifras tensionales y del control, así como investigar la asociación de la hipertensión arterial con otros fármacos de riesgo(25).

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Una de las enfermedades considerada asintomática es la hipertensión arterial, principal factor de riesgo cardiovascular, causa principal de mortalidad y segunda causa de años perdidos de vida.

A la hipertensión arterial se le conoce como un "Asesino Silencioso". Afecta principalmente al género femenino de la sexta década en adelante, el factor primordial de fines de siglo que afecta al ser humano es el estilo de vida acelerado que lo lleva a un desgaste importante de su salud y a destruir su entorno.

Se requiere educarnos para educar y lograr cambios de conducta en cada uno de los seres humanos y contribuir a la modificación del estilo de vida respetando sus creencias.

Es necesario que el personal de salud estemos concientes que la hipertensión arterial es una patología de riesgo cardiovascular por lo que se recomienda de éstos pacientes se incluyan estudios básicos sencillos, no agresivos y económicos conllevando éstos a una prescripción adecuada del fármaco idóneo para el tratamiento, y además brindarle educación con el objetivo de modificar su estilo de vida y así mejorar la calidad de ésta.

"Cuál es el tratamiento farmacológico empleado en los pacientes con Hipertensión Arterial Sistólica en la Consulta Externa de Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua, Chih."

JUSTIFICACION

JUSTIFICACION

Conforme aumenta la esperanza de vida y disminuyen las tasas de natalidad, año con año aumentará la proporción de adultos mayores y por lógica el número de pacientes con hipertensión sistólica, lo que representa una creciente demanda de atención primaria en las instituciones de salud.

Es de suma importancia jerarquizar los factores condicionantes del estilo de vida tan acelerada conjugado con la crisis económica, y la poca educación a la salud que se recibe de parte del prestador de servicio de salud afectando al núcleo familiar.

Es conocido que si se busca modificar las malas conductas de salud a través de: brindar educación-higienico-dietéticas, recreación, se contribuirá a que el entorno familiar no se vea alterado.

Es conocido que los cambios de conducta del ser humano van a la par con la problemática socio-económica y la poca cultura de cada país, la hipertensión arterial incapacita física y psicológicamente al individuo afectando a la familia.

El "Asesino Silencioso" se presenta en mujeres mayores de 60 años en una relación de 3 : 2, aumentando el riesgo de enfermedades cardio-vasculares (1, 4, 12 y 13)

Es conveniente antes de etiquetar a un paciente de hipertenso se deberá realizar estudios básicos sencillos, no agresivos, económicos para así, prescribir el tratamiento idóneo.

Tomando en cuenta lo anterior y conociendo los factores predisponentes y las complicaciones de ésta enfermedad nos permitirá estandarizar los

requerimientos básicos para el diagnóstico temprano y brindar un tratamiento adecuado, personalizado, disminuyendo el abuso y efectos secundarios, que permitan mejorar su estilo de vida, elevando su calidad.

OBJETIVOS

OBJETIVOS

GENERAL

Conocer el tratamiento farmacológico antihipertensivo más comunmente utilizados en pacientes con hipertensión arterial sistólica pura.

ESPECIFICOS

Determinar el perfil general de la población.

Identificar los medicamentos que se usan actualmente .

Adquirir un conocimiento más amplio de los efectos secundarios de los antihipertensivos indicados, con respecto a dosis, tiempo y efecto secundarios.

DISEÑO DEL ESTUDIO

DISEÑO DEL ESTUDIO

El presente estudio es de tipo descriptivo, transversal, observacional y retrospectivo sin implicaciones éticas, ni grupo de comparación ya que se trabajó con el universo.

UNIDADES DE INVESTIGACIÓN

Pacientes derecho-habientes de Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua, Chih. que acudieron al Departamento de Consulta Externa, con el médico general a los cuales se les diagnosticó por primera vez hipertensión arterial sistólica.

CRITERIOS

INCLUSION

- Derecho-habientes de Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua, Chih.
- Edad de 60 años o más.
- Cifra sistólica mayor de 160 mm Hg.
- Manejadas en consulta externa de primer nivel de enero a diciembre de 1996.

EXCLUSION

- Paciente hipertenso con antecedentes de tratamientos previos.

VARIABLES

- Tratamiento farmacológico: medicamento utilizado correctamente.
- Hipertensión Arterial Sistólica: aumento del flujo sanguíneo registrado en mm de Hg. mayor a los 160.
- Paciente: persona que solicita atención médica.

MATERIAL Y METODOS

MATERIALES Y METODOS

El estudio se elaboró en Pensiones Civiles del Estado de Chihuahua, Chih. donde se atienden derecho-habientes de nivel económico bajo, medio, medio alto y alto.

La información que se recabó fué directamente del expediente clínico en forma manual, los datos tomados en cuenta fueron:

- Sociodemográfico

- Tratamiento
 1. Farmacologico.
 2. Tiempo de uso.

RESULTADOS

RESULTADOS

Los resultados obtenidos en este estudio se presentan a continuación.

En el cuadro No. 1 se muestra la población estudiada por grupos de edad, a los cuales se les prescribió un antihipertensivo observándose que la edad en la cual fue mayor la hipertensión arterial sistólica se encuentra en la sexta década, dando una sumatoria de 51 pacientes del total del universo estudiado.

La distribución de los pacientes estudiados según género se encuentra que las mujeres ocupan el primer lugar con un 83 por ciento datos arrojados en el cuadro No. 2.

En el cuadro No. 3 se observó la población estudiada por grupo de edad y género de los pacientes con hipertensión arterial sistólica, mostrando que el género femenino de los 70 a 74 años y de 60 a 64 años corresponden a 22 y 21 respectivamente, en el género masculino 8 y 3 pacientes en las edades de 60 a 64 años, de 75 y 79 años respectivamente. Enfatizando que en ambos géneros la edad en que más se presenta la hipertensión arterial sistólica es de 60-64 y 65 a 74 con un porcentaje de 31 y 23 respectivamente.

La distribución del tiempo de tratamiento en pacientes con hipertensión arterial sistólica lo muestra el cuadro No.4 en años, con un 65 y 1 por ciento de 4 a 6 y de 13 a más años respectivamente.

En el cuadro No. 5 de los pacientes estudiados, el género femenino arroja 74 del total del universo que tienen tratamiento prescrito y el género masculino sin tratamiento correspondiendo a 12 de ellos. Notándose que el 83 por ciento tienen tratamiento observándose en ambos géneros.

En el cuadro No. 6 se observó con respecto al fármaco utilizado y la combinación en el tratamiento, el 59 por ciento se indicó un tratamiento simple, notándose que el 17 por ciento no tiene tratamiento.

Con respecto al fármaco de mayor uso el de más alta prescripción son los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina y los de menor prescripción son los diuréticos que representan un 39 y 4.5 por ciento respectivamente como lo muestra el cuadro No. 7.

En relación a la combinación de fármacos el cuadro No. 8 nos arroja que los calcioantagonistas, betabloqueadores y diuréticos son utilizados con el inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina en un 21, 19 y 10 por ciento respectivamente. Los calcioantagonistas son los que más se combinan con otros fármacos en relación de 3 : 2.

DISCUSSION

DISCUSION

La hipertensión arterial es considerada como un factor de riesgo cardiovascular, conocida como un "Asesino Silencioso", causa principal de mortalidad y segunda causa de años perdidos de vida, factor primordial de fines de siglo que afecta al ser humano, por el estilo de vida tan acelerado que lo lleva a un desgaste de su salud.

Es importante que el prestador de servicio se eduque para educar y lograr cambios de conducta en cada uno de los seres humanos y contribuir a la modificación de éste estilo de vida respetando sus creencias.

Framinham, referido por Amery D. y Col. describen que la hipertensión arterial sistólica es mayor en el género femenino arriba de los 65 años, desprendiéndose de esto que la presión sistólica aumenta su prevalencia con la edad, y afecta a un 7 por ciento en los pacientes viejos 2 de cada 3 de ellos.

En los gráficos 1, 2 y 3 se puede observar que la mujer es la más afectada en un rango de 60 a 64 y 65 a 69 años de edad, con un porcentaje de 31 y 23 respectivamente reafirmando lo descrito.

De la Figuera M. (1995) especifica que para brindar un tratamiento adecuado se recomienda realizar una evaluación clínica basada en estudios sencillos, no agresivos y económicos, una prueba diagnóstica que de plena confianza para otorgar un tratamiento idóneo e individualizado.

La hipertensión arterial sistólica es una patología que se controla no se cura, en los gráficos 4 y 5 se examina que del universo estudiado el 65 por ciento recibió el tratamiento idóneo, mientras que le 17 por ciento no se le otorgó un tratamiento.

Michels M. (1990), Valenzuela F. (1995) y Group See Comment Jama, (1991) refieren que el uso de los medicamentos útiles para la hipertensión arterial sistólica producen efectos adversos por lo que su uso debe llevarse cuidadosamente, ya que en algunos estudios se comprueba que el 35 por ciento de los ataques cardíacos pueden evitarse con un manejo adecuado.

En los gráficos 6 y 7 se describen que el 59 por ciento al universo se le prescribe un tratamiento farmacológico simple y el fármaco de mayor utilidad son los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina (verapamilo y diltiazem).

Alonso M. (1996), Cordova R. (1996) detallan que los fármacos antihipertensivos tiene reacciones adversas.

Los betabloqueadores (propanolol) tiene efectos secundarios, los diuréticos tienen reacciones más frecuentes, en tanto que los calcioantagonistas son un grupo más heterogeneo por ser vasodilatadores, pero tienen mayores efectos digestivos y cutáneos.

Afirmando lo descrito en el gráfico No. 8 se observa que la combinación más utilizada con el calcioantagonista, con el betabloqueador y con el diurético son los inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina con un 21, 19 y 10 por ciento respectivamente.

CONCLUSIONES

CONCLUSION

De acuerdo al objetivo tratado para éste estudio se encontró que el tratamiento farmacológico brindado al paciente con hipertensión arterial sistólica es simple en un 59 por ciento, utilizándose el fármaco inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina en un 39 por ciento, existiendo controversia con lo descrito en las referencias bibliográficas consultadas.

De acuerdo a los resultados obtenidos es importante que el médico familiar tome en cuenta las siguientes recomendaciones que se desprenden de éste estudio.

RECOMENDACIONES

- Eduquémonos para educar.
- Difundir los Programas Prioritarios de Prevención de la salud.
- Hacer uso óptimo de los recursos con los que cuenta la Institución.
- Que el médico familiar elabore una historia clínica completa para conocer el problema de fondo.
- Que el médico familiar evalúe la apariencia, la conducta, el lenguaje, la conciencia, el concepto que tiene de sí mismo, de su enfermedad, de los síntomas que le aquejan, el grado de incapacidad conllevando esto a la educación que se debe brindar al paciente y a la familia.
- Hacer un diagnóstico preciso para otorgar un tratamiento idóneo.

**CUADROS
Y
GRAFICAS**

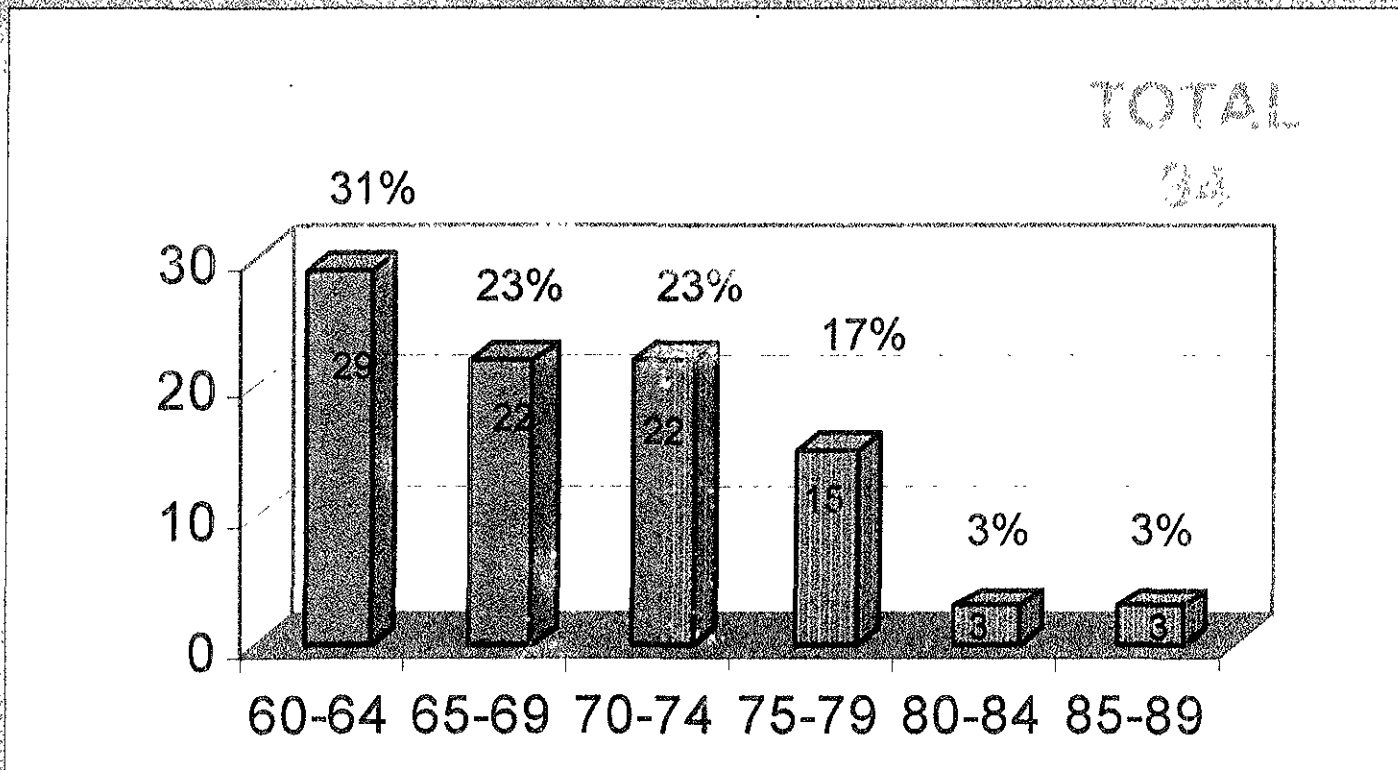
"PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL SISTOLICA SEGÚN EDAD
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA 1996"

CUADRO No. 1

EDAD	T O T A L	
	No.	%
60-64	29	31
65-69	22	23
70-74	22	23
75-79	15	17
80-84	3	3
85-89	3	3
TOTAL	94	100

FUENTE: DIRECTA

**"PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL SISTOLICA SEGUN EDAD
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA 1996"**



FUENTE: CUADRO No. 1

GRAFICO No. 1

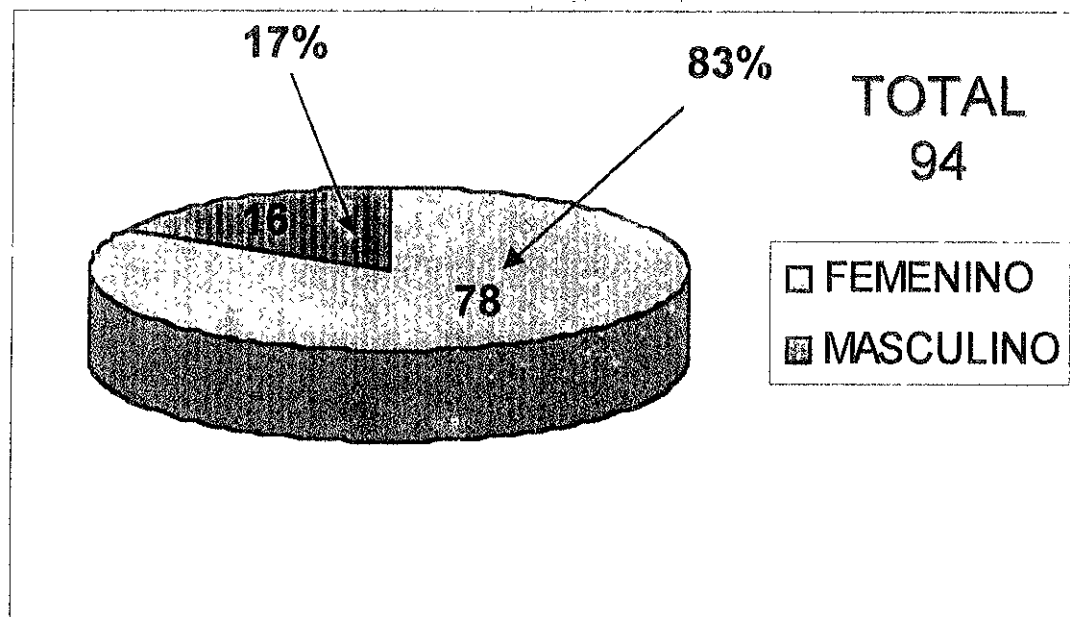
"PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL SISTOLICA SEGÚN GENERO
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA 1996"

CUADRO No. 2

GENERO	T O T A L	
	No.	%
FEMENINO	78	83
MASCULINO	16	17
T O T A L	94	100

FUENTE: DIRECTA

**“PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL SISTOLICA SEGÚN GENERO
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA 1996”**



FUENTE: CUADRO 2

GRAFICO No. 2

"PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL SISTOLICA SEGÚN EDAD Y GENERO
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA 1996"

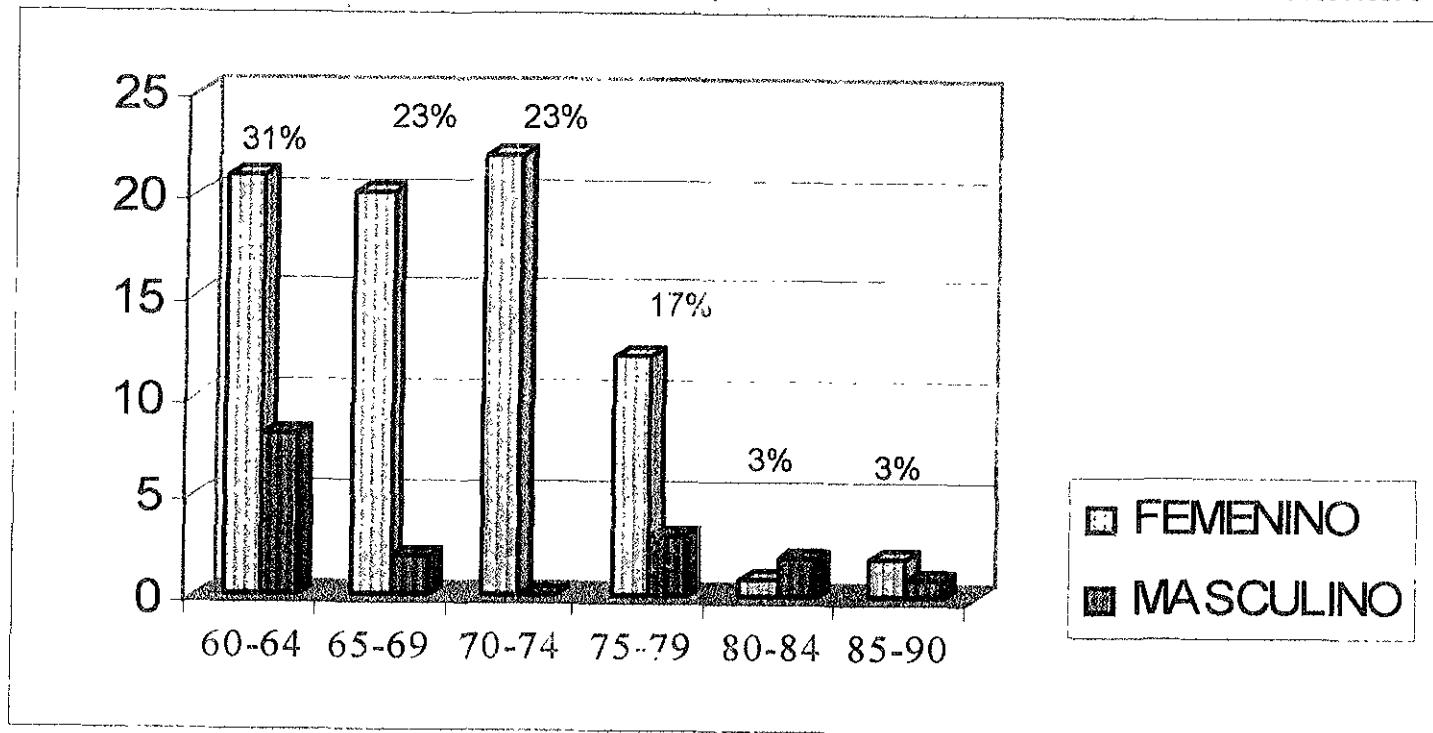
CUADRO No. 3

EDAD	G E N E R O		T O T A L	
	FEMENINO	MASCULINO	No.	%
60-64	21	8	29	31
65-69	20	2	22	23
70-74	22	0	22	23
75-79	12	3	15	17
80-84	1	2	3	3
85-90	2	1	3	3
TOTAL	78	16	94	100

FUENTE: DIRECTA

"PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL SISTOLICA SEGUN EDAD Y GENERO PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA 1996"

GRAFICA No. 3



FUENTE: CUADRO 3

PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL SISTOLICA SEGÚN TIEMPO CON TRATAMIENTO
 PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA 1996"

CUADRO No. 4

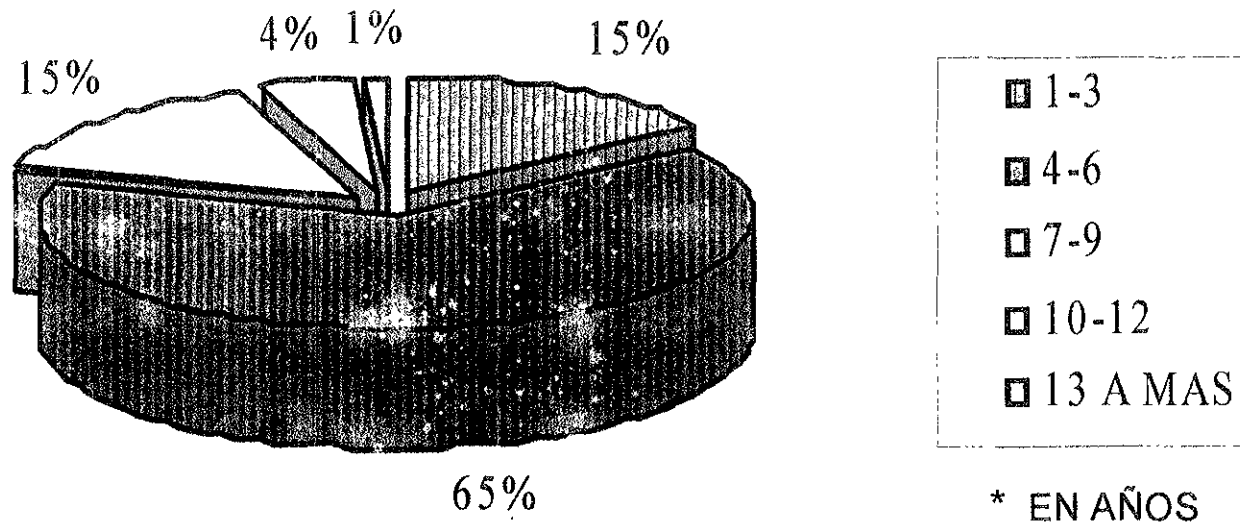
* TIEMPO	T O T A L	
	No.	%
1-3	14	15
4-6	61	65
7-9	14	15
10-12	4	4
13 A MAS	1	1
TOTAL	94	100

FUENTE. DIRECTA

* EN AÑOS

"PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL SISTOLICA SEGUN TIEMPO CON TRATAMIENTO PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA 1996"

GRAFICA No. 4



FUENTE: CUADRO 4

PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL SISTOLICA SEGÚN GENERO Y TRATAMIENTO

PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA 1996"

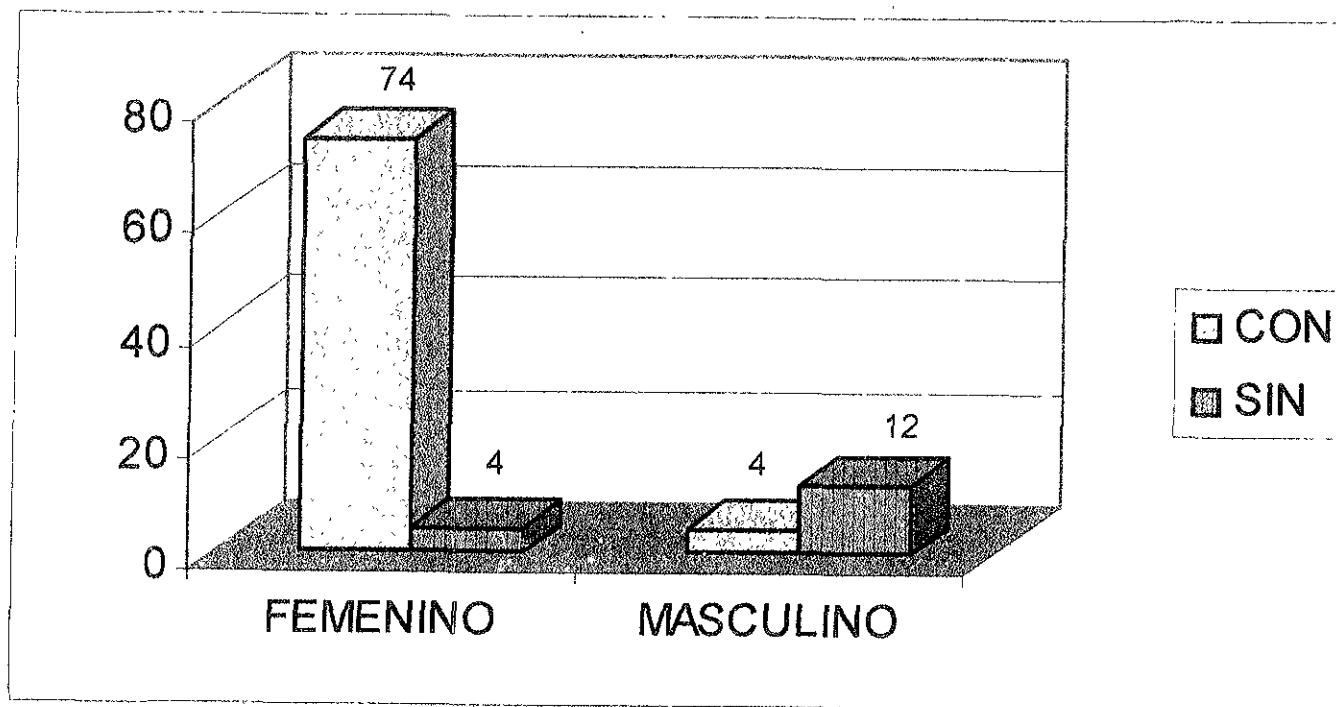
CUADRO No. 5

TRATAMIENTO	G E N E R O		T O T A L	
	FEMENINO	MASCULINO	No.	%
CON	74	4	78	83
SIN	4	12	16	17
TOTAL	78	16	94	100

FUENTE: DIRECTA

**"PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL SISTOLICA SEGÚN GENERO Y TRATAMIENTO
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA 1996"**

GRAFICA No. 5



FUENTE: CUADRO 5

**PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL SISTOLICA SEGÚN TRATAMIENTO FARMACOLOGICO
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA 1996"**

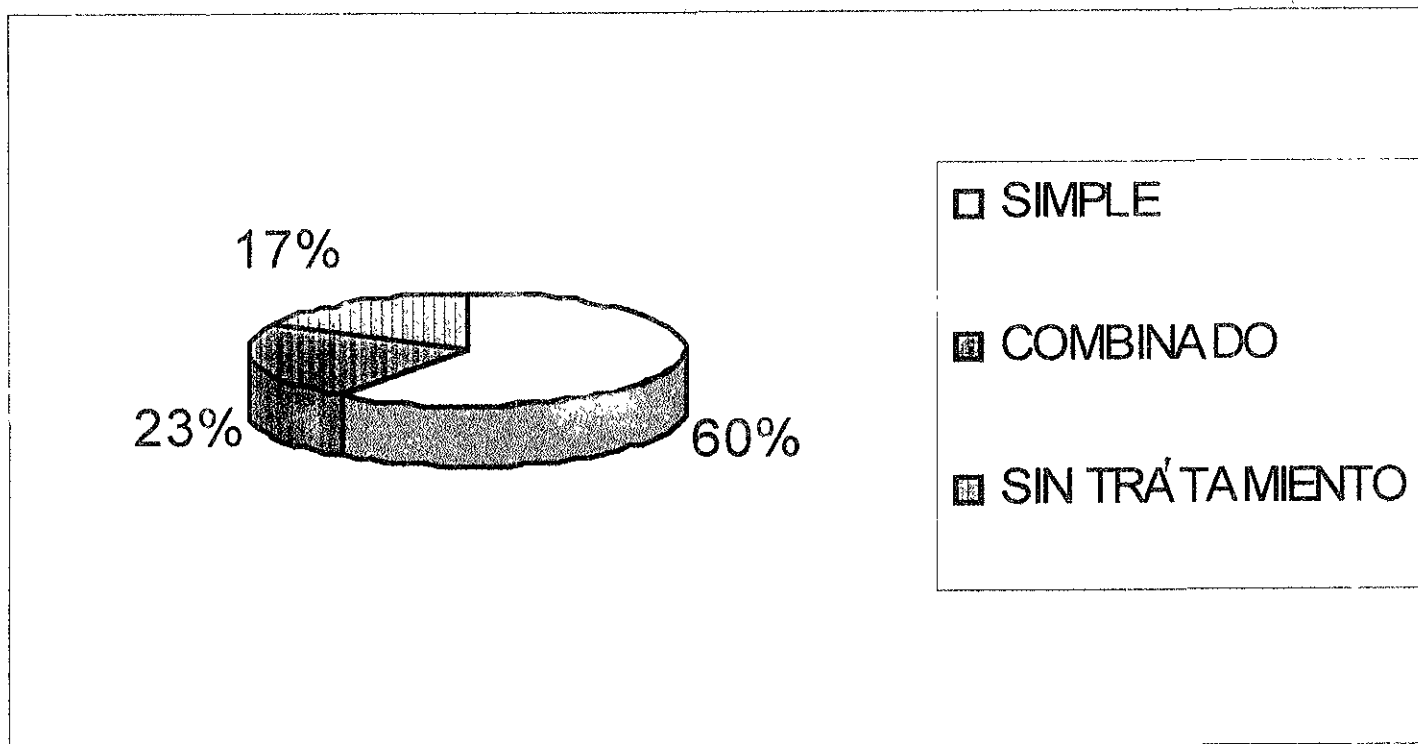
CUADRO No. 6

TRATAMIENTO	T O T A L	
	No.	%
SIMPLE	55	60
COMBINADO	21	23
SIN TRATAMIENTO	16	17
TOTAL	94	100

FUENTE: DIRECTA

"PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL SISTOLICA SEGÚN TRATAMIENTO FARMACOLOGICO PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA 1996"

GRAFICA No. 6



FUENTE: CUADRO 6

PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL SISTOLICA SEGÚN FARMACO UTILIZADO

PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA 1996

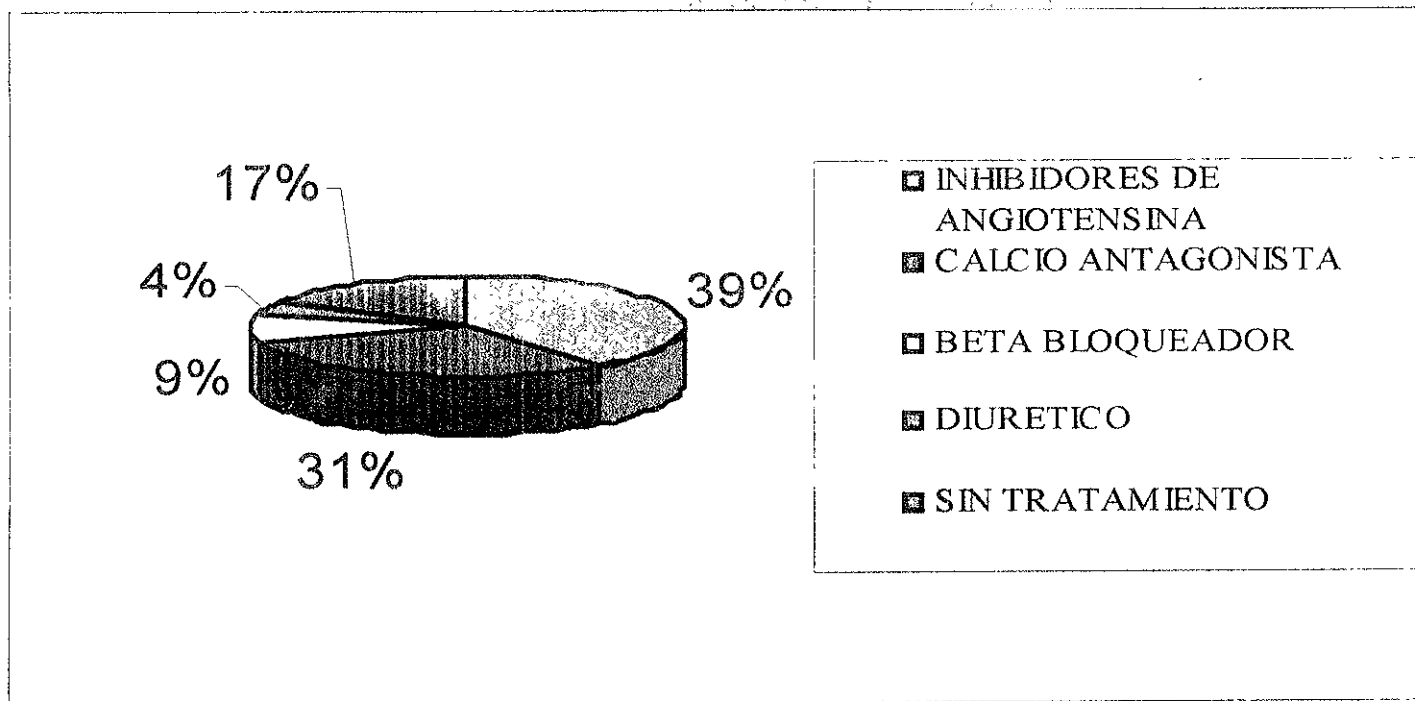
CUADRO No. 7

FARMACO	T O T A L	
	No.	%
INHIBIDORES DE ANGIOTENSINA	37	39.0
CALCIO ANTAGONISTA	29	31.0
BETA BLOQUEADOR	8	8.5
DIURETICO	4	4.5
SIN TRATAMIENTO	16	17.0
TOTAL	94	100.0

FUENTE: DIRECTA

"PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL SISTOLICA SEGUN FARMACO UTILIZADO PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA 1996"

GRAFICA No. 7



FUENTE: CUADRO 7

**PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL SISTOLICA SEGÚN FARMACO UTILIZADO
PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA 1996**

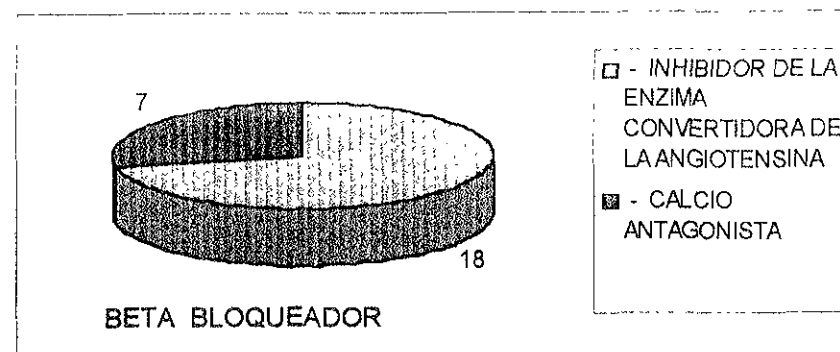
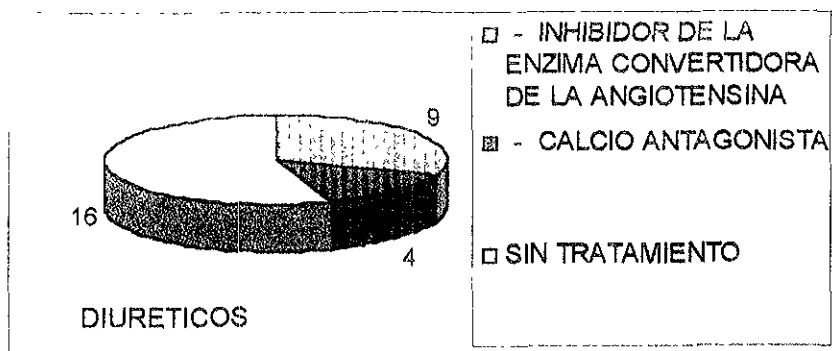
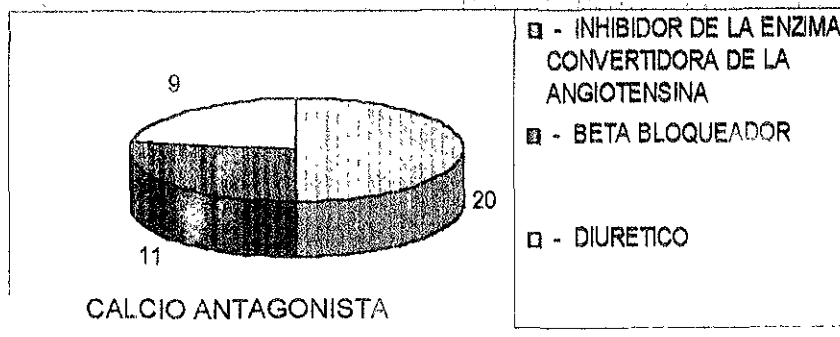
CUADRO No. 8

COMBINACION CON:	T O T A L	
	No.	%
* CALCIO ANTAGONISTA		
- INHIBIDOR DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE LA ANGIOTENSINA	20	21
- BETA BLOQUEADOR	11	12
- DIURETICO	9	10
* BETA BLOQUEADOR		
- INHIBIDOR DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE LA ANGIOTENSINA	18	19
- CALCIO ANTAGONISTA	7	7
* DIURETICOS		
- INHIBIDOR DE LA ENZIMA CONVERTIDORA DE LA ANGIOTENSINA	9	10
- CALCIO ANTAGONISTA	4	4
SIN TRATAMIENTO	16	17
T O T A L	94	100

"PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL SISTOLICA SEGÚN FARMACO UTILIZADO PENSIONES CIVILES DEL ESTADO DE CHIHUAHUA 1996"

GRAFICA No. 8

TOTAL 94



FUENTE: CUADRO 8.

BIBLIOGRAFIA

BIBLIOGRAFIA

1. De La Figuera M. Hipertensión arterial, hipertrofia del ventriculo izquierdo y tratamiento anti-hipertensivo. Atención primaria (1995) vol. 15 pags. 339-340.
2. Pascual J. Tratamiento básico de la hipertensión arterial (II) Tratamiento Farmacológico Medicina Clínica. Vol. 103 (18) pags. 699-707.
3. Iruela T. Factores que influyen en el seguimiento de los pacientes hipertensos Atención Primaria 1996. vol 17 (5) pags. 332-337.
4. Amery D. Fagarol R. Gudc Steaseen J. Thus L. Isolated Systolic Hypertension in the Elderly and Epidemiologic review AM J. Med. 1991, 90: 64-9.
5. Valverde Angeles M. Hipertensión arterial. Obesidad y herencia en la ocurrencia de la diabetes mellitus no dependiente de insulina. Revista Médica IMSS 1995. Vol. 33 (3) pags. 263-270
6. Sandoval J. Hipertensión pulmonar primaria o de etiología desconocida la sobrevida y sus determinantes. Gaceta Médica de México. 1994. Vol. 130 (6) pags. 465-475.
7. Guerrero Jesús Fernando. Prevalencia de hipertensión arterial y factores asociados en la población rural marginada. Salud pública 1998. Vol. 40 (4) pags. 339-346.
8. Anton F. Utilizamos adecuadamente el esfigmomanómetro para mejorar la prevención de la hipertensión arterial en atención primaria. Atención Primaria 1996. Vol 18. (6) pag. 321.
9. Calvo C., López E. Barrio E. Espejo J. Vega A. Departamento de Medicina, Hospital General de Galicia Clínico Universitario Santiago de Compostela AN-Med-Interna. 1995 MAR, 12 (3) 122-6.
10. Curiel José Angel. Variación circadiana de la presión arterial en pacientes con hipertensión arterial sistémica de reciente diagnóstico. Revista Médica IMSS. 1997 vol. 35 Pags. 99-106.

11. Montemayor M. Espectro clínico de la hipertensión sistólica aislada en el anciano. *Revista Médica IMSS*. 1997 vol. 35 (3) pags. 181-186.
12. Michels M. Systolic Hipertension in the elderly, reasons not to treat *AM J. Kidney* 1990, 16: 332-4.
13. Shep cooperative resarch group prevention of stroke by antihipertensive drug treatment in older persons with isolated systolic hypertension *JAMA* 1991, 265: 3255-63.
14. Valenzuela F. Los nuevos enfoques en el tratamiento de la hipertensión arterial, *Gaceta Médica de México*. 1995 vol. 131 (1) pags. 101-102.
15. Prevention of stoke by antihipertensive drug treatment in older persons with isolated systolic. Systolic hipertension finals results of the sh in the eldaly program (shep). Shep cooperative research group see comments *JAMA* 1991 Jun. 26; 265 (24): 3301-2 *JAMA*, 1991 Jun. 26 265 (24): 3255-64.
16. Jovanovic L. Calcium antagonists as the initial monotherapy in arterial hipertension *Med-Pregl*. 1993; 46 (1-2): 35-7.
17. A comparative study of nisoldipine and ajpha-metyldopa in aged patients with isolates systolic hypertension. Guillen- llera F. Reuss-JM. Sagues-F. Tobares-N. Servicio de Geriatria, Hospital de la Cruz Roja, Madrid. *Rev-clin-esp*. 1991 Dec; 189 (9): 412-5.
18. Antyhypertensive efficacy and tolerability of different drug regiimens in isolated systolic hypertension in the elderly. Avanzini-F. Alli-C. Bettelli-G. Corso-R. Colombo-F. Mariotti-G; Radice-M. Torri-V; Tognoni-G. Instituto di Ricerche Farmacologiche. Mario Negri. Milano, italy. *Eur-heart-J*. 1994 Feb; 15 (2): 206-12.
19. Leonetti G. Chiancar R. The effects of nicardipens in elderly hypertensive patients. *J. Cardiovasc Pharmacol* 1990; 16: 5-8.
20. Ichikawa M. Wanaka M. Ohtsugi T. Akaghi S. Machindera Y. Manno K. Et al. Antihypertensive effects of a novel calcium antagonist, sematidial fumerato (5d 3211) Alone and combination with enalapril or trichloromethiazide in spontaneously hypertensive rats. *Pharm bull* 1994; 17: 1513-5.

21. Frishman W. Epidemiology, pathophysiology and management of isolated systolic hypertension in the elderly. *AM J Med.* 1991; 90: 14-20.
22. Motero J. Motorización ambulatoria de la presión arterial en el tratamiento de la hipertensión arterial leve-moderada con lisinopril vs archivos del Instituto Nacional de Cardiología. 1997. Vol. 67 (1) pags. 29-37.
23. Monitoreo de la presión arterial y tratamiento antihipertensor. 1996 vol. 1 (2) pags. 48-51.
24. Cordova R. Reacciones adversas a los fármacos antihipertensivos. 1996 vol. 17 (6) pags. 420-424.
25. Alonso M. M. Seguimiento de una cohorte de pacientes con hipertensión arterial en atención primaria. 1996 vol. 17 (9) pags. 575-580.

ANEXOS

ANEXO 1

Cédula de Recolección de Datos

No. De Pensiones _____

Género:

Femenino _____

Masculino _____

Edad _____

Registro de la última T.A. _____

Control de T. A.:

Si - _____

No _____

Medicamento Antihipertensivo:

Nombre _____

Tiempo de Prescripción _____

Tiempo de uso _____