11226
29/56.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

FACULTAD DE MEDICINA

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL GENERAL DE ZONA No. 8

CONTROL DEL PACIENTE CON HIPERTENSION ARTERIAL EN LA CONSULTA EXTERNA DE MEDICINA FAMILIAR EN LA UMF No. 8

REVISION DE 100 CASOS.

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE

ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR

P R E S E N T A :

DR. JUAN CARLOS ESCALONA AHUATZIN

GENERACION

1984-1986

MEXICO, D. F. 1986

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

I N D I C E

ANTECEDENTES CIENTIFICOS 1

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA 4

HIPOTESIS 5

OBJETIVOS 6

MATERIAL Y METODOS 7

RESULTADOS 10

CONCLUSIONES 12

COMENTARIO 28

BIBLIOGRAFIA 29

ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

En 1963, la OMS, adoptó la siguiente definición de hipertensión, propuesta por Goldring y Chasis en 1944, existe hipertensión arterial cuando la presión en condiciones basales supera los 150mmHg., en su cifra de máxima(sístole), y los 90mmHg., en su cifra de mínima(diástole). No obstante se acepta que existe una elevación natural de la presión en relación con edad y sexo(1).

La etiología es desconocida en el 80% de los casos, lo que constituye la hipertensión esencial, primaria ó idiopática, y en el resto es secundaria a alguna patología; renal, suprarrenal, vascular o endócrina(2).

La hipertensión arterial es uno de los padecimientos cardiovasculares más frecuentes, junto con la cardiopatía ateroesclerosa y reumática. En un estudio epidemiológico realizado en México, Méndez y Col encontraron una incidencia de 11.2% de hipertensos entre 1,000 individuos adultos mayores de 30 años, de los cuales el 85% lo ignoraban, y en otro estudio los mismos autores informaron de una frecuencia de --19% entre 737 médicos, de los cuales el 47% lo ignoraban(3). Se menciona el estudio que se practicó en Mérida, Yuc. en un grupo de derechohabientes del IMSS en el Hospital Benito Juárez, esta investigación se realizó en pacientes mayores de 30 años de edad, mujeres que no estuviesen embarazadas y que no hayan sido diagnosticadas como tal Se obtuvó una prevalencia general del 12.2% al sexo femenino; la frecuencia aumentó directamente con la edad, fue mayor en la clase con ingresos ecenómicos medios, tuvieron relación los antecedentes hereditarios y familiares, asi como tabaquismo y obesidad(4).

De ahí que es indispensable realizar campañas de educación médica para que los pacientes acudan oportunamente a que se les tome la presión arterial(3).

En el Simposio Internacional que se llevó a cabo en la Ciudad de México, los días 26 y 27 de febrero de 1982 se menciona que el 80% de los hipertensos padecen hipertensión arterial leve(5).

De las complicaciones causadas por la hipertensión arterial, la más frecuente es la cardiaca, ocurriendo primero la cardiopatía hipertensiva y tiempo después la cardiopatía isquémica(3).

La hipertensión arterial sistémica es un problema de salud mundial suficientemente evidenciado por estadísticas de morbilidad y mortalidad; se sabe que mina la salud del individuo y daña la población en su conjunto(6,7,8).

La importancia en la hipertensión arterial en México con todo y haberse pronunciado como problema de salud pública, en especial entre, la población adulta, no ha sido del todo afirmada epidemiológicamente; solo hay algunos datos acumulados sobre mortalidad y otros de proporción encontrada de cifras altas, y en algunas poblaciones, las que se trata de resumir en algunos estudios(6,7,8). Es evidente que en los últimos años se ha observado un cambio en la causa de muerte de los pacientes hipertensos; en efecto hacia 1940 las causas más frecuentes, eran la insuficiencia cardiaca, los accidentes vasculares cerebrales y la uremia; en cambio en los últimos anos se ha visto que la causa más frecuente es el infarto del miocardio, ó la muerte súbita. Esta diferencia es probablemente a causa del tratamiento antihipertensivo, que ha impedido la presentación de las primeras causas y al prolongar la vida del hipertenso ha favorecido el desarrollo de la arterioesclerosis coronaria(3).

Según Hodge y Smirk entre 1959 y 1954, la cardiopatía ateroesclerosa fue la responsable de la muerte en la mitad de los pacientes hipertensos; los accidentes vasculares cerebrales causaron la cuarta parte de los fallecimientos, mientras que la uremia ocurrió en el 10% y la insuficiencia cardiaca en el 6%(3). No es de esperarse que las enfermedades hipertensivas puedan mostrar su gravedad en la mortalidad de la población. El pronóstico que se puede hacer, es que las cifras correspondientes a mortalidad específica se reduzcan a un máximo, y sin embargo nunca esperaremos que esto significará acabar con la hipertensión(7). El coeficiente de mortalidad por cada 100,000 habitantes a causa de hipertensión arterial fue en 1962 de 40.2 en E.E.U.U., de 8.3 en Chile y de 5.4 en México(3).

Hay que señalar que con los problemas del sistema actual de atención al paciente hipertenso, no se puede efectuar un control adecuado de la presión arterial en la población, y las principales obstáculos lo constituyen la ignorancia, pérdida de interes, y falta de coordinación en la atención(8).

P L A N T E A M I E N T O D E L P R O B L E M A :

La mortalidad hospitalaria por hipertensión arterial ocupó en el año de 1980 el 5º lugar en el Hospital General de Zona con M.F. No. 8 de San Angel, D. F.; en el año de 1981 se mantuvó en el 4º lugar en -- 1982 ocupó el 3º lugar.

La terapia antihipertensiva protege a quienes tienen presiones -- diastolicas de 105mmHg. o más elevadas; hasta no contar con más evi-- dencia la terapia para los de presión diastólica entre 90-104mmHg ésta debe ser individualizada, sin embargo se les debe ofrecer las medidas no medicamentosas que coadyuven a descender la tensión como: 1. Reducir el exceso de peso y restricción calórica, 2. disminuir la ingesta de - sodio, 3. relajación y alivio de las tensiones, 4. Tratar a los individuos que muestren daño orgánico ó que tengan algun factor de riesgo como los que se mencionan: a) edad inferior a los 45 años, b) sexo masculino, c) T.A. sistólica mayor a los 165mmHg., d) daño orgánico en sitios "blanco", e) historia familiar de enfermedades cardiovasculares,- f) Diabetes Mellitus, g) Hipercolesterolemia, h) tabaquismo, alcoholismo, etc.(7,9,10).

En morbilidad hospitalaria ocupó el 7º lugar; y como causa de -- consulta externa permaneció en el 5º. Este padecimiento se ha mantenido dentro de las 10 primeras causas de consulta externa dentro de los últimos 5 años en esta unidad, y en vista de que no se han hecho estudios encaminados a vigilar el tratamiento de estos pacientes, y que lo lleven a largo plazo, nos motiva a realizar este estudio; para evitarles a estos pacientes sus posibles complicaciones(4).

H I P O T E S I S :

Ho. No se incluyen como factores que influyen en la persistencia de la hipertensión arterial mal controlada, a los individuos que -- acuden en forma irregular a consulta.

HA. Entre los factores que influyen para la persistencia de la hipertensión arterial mal controlada, tenemos a los que acuden en forma irregular a consulta.

Ho. Existen pacientes que son bien manejados en cuanto a su hipertensión arterial, por el tipo de consulta que se otorga.

HA. Existen pacientes que son mal manejados por el tipo de consulta que se otorga.

O B J E T I V O S .

1.- Conocer la frecuencia con que los pacientes hipertensos acuden a consulta externa para su control.

2.- Identificar las indicaciones de envio a interconsulta al segundo nivel de atención del paciente hipertenso.

3.- Determinar el grado de control de la hipertensión arterial con - el tratamiento empleado.

4.- Identificar las complicaciones más frecuentemente observadas en- el grupo estudiado.

MATERIAL Y METODOS :

El presente estudio tiene un caracter retrospectivo, Longitudinal Observacional y Descriptivo, para ello en el Departamento de Codificación de la Unidad de Medicina Familiar No. 8 del I.M.S.S., de San Angel, D. F., se revisarán y analizarán las formas 4-30-6 de febrero de 1984 a febrero de 1985, de 10 consultorios escogidos al azar, de los cuales se tomarán 100 casos, como muestra tomada en forma aleatoria con diagnostico de hipertensión arterial esencial, de pacientes mayores de 20 años de edad de ambos sexos, y cuyo expediente se encuentre en la unidad, excluyendose a pacientes del sexo femenino que en el momento del estudio se encuentren embarazadas y eliminandose a todo paciente con diagnostico de hipertensión arterial menor de un año.

Los expedientes seleccionados serán revisados para obtener la siguiente información:

I. Ficha de Identificación:

1. Nombre.
2. No. de Filiación.
3. Edad y sexo.
4. Ocupación.

II. Variables Independientes:

5. Talla.
6. Peso actual; 7. Peso habitual; 8. Peso ideal.
9. A.P.P.
10. Desde cuando es hipertenso.
11. Medicamentos que ha estado tomando.
12. Toxicomanias (tabaquismo, alcoholismo, otros).
13. Dieta que lleva.

a) Indicaciones de envío al segundo nivel de atención médica.

b) Grado de control de la hipertensión con el tratamiento empleado, - para éste; se toma el promedio de las últimas 6 lecturas de la tensión arterial. Clasificandolas en 3 categorias: buena, regular y- mala; buena cuando las cifras de la presión diastólica se encuentren por abajo de los 90mmHg., regular cuando se haga descender la presión diastólica pero sin llegar a las cifras normales (90mmHg); y mala cuando la presión arterial no se modifique a pesar del tratamiento.

c) Las complicaciones más frecuentemente encontradas en éste grupo de pacientes.

Para obtener la muestra se añicó la fórmula:

$$n = \frac{ta^2 \; Pg}{E^2}$$

$$n = \frac{(2.58)^2(0.96)(0.04)}{(0.05)^2}$$

$$n = \frac{0.255360}{0.0025}$$

$$n = 102.$$

donde n = Proporción poblacional.

ta^2 = Valor de P encontrado en la tabla Z.

P = Porcentaje aproximado de las características en estudio.

g = Complemento a 100% del porcentaje (P) (100 - P).

E^2 = Intervalo de confianza (porcentaje aceptado).

A los 100 casos motivo de nuestra revisión, se corroborará por-medio de tratamiento estadístico en base a Estadistica Descriptiva.

Se sugiere el siguiente Cronograma de actividades :

Se recopilarán los datos de los expedientes de los consultorios previamente escogidos, que se encuentren vigentes, efectuandose la - revisión de los mismos, para que la obtención de los datos sea efectuada en los meses de noviembre y diciembre de 1985 ; para posteriormente, ya con los datos asi obtenidos se pasará a su estudio y análisis, además del tratamiento estadístico, para determinar resultados y conclusiones en los dos siguientes meses, para concluir esta revisión del estudio y su entrega en el mes de enero-febrero de 1986.

R E S U L T A D O S :

Se revisaron 100 casos de pacientes con Hipertensión Arterial, de los cuales 77 correspondieron al sexo femenino y 23 al sexo masculino- (77% contra 23%)., Gráfica I.

El rango de edad de la serie estudiada quedó comprendida entre — los 31 a 83 años, con una media aritmetica de 57.34 años y una mediana de 62 años en forma global; por sexo para el femenino, una media aritmética de 51.44 años y para el masculino de 59.69 años. Cuadro I.

Podemos observar que más de la mitad de los pacientes de la serie o sea 58 (58%) quedó comprendida entre la edad de los 50 a 69 años.

En relación a la clasificación del hipertenso, se puede ver que - la gran mayoria de los pacientes se clasificaron dentro de los grados- I y II (bueno y regular), ya que fueron 50 pacientes del grado I (50%) y 36 pacientes del grado II (38%), y solo 12 pacientes fueron grado — III, (mal controlado). Gráfica II.

Aún cuando no se cuenta con criterios establecidos para el envio- de los pacientes hipertensos, al segundo nivel de atención médica; o - sea al servicio de cardiología, ya que prevalece el criterio médico; - en nuestra serie estudiada se enviaron 48 pacientes (48%), de los cuales 43 (89.58%) fue para valoración del esquema de tratamiento y 5 pacientes para valoración por intervención quirúrgica e hipertensión —— (6.25%). Cuadro II.

De la serie estudiada solo se reportaron complicaciones en 54 pacientes (54%), con predominio de la cardiopatía hipertensiva, la cual se reportó en 35 pacientes (64.81%), con predominio en el sexo masculino. Cuadro III.

De los 100 pacientes estudiados 40 de ellos acuden a control de 1 a 3 citas de las programadas, que representan el 40%; el resto de los pacientes o sea el 60% (60 pacientes), acuden a su cita en número de 4 o más veces, apreciandose en gran porcentaje de la población, desinteres, apatía o ignorancia. Asi mismo apreciandose que la mayoria de estos pacientes tomaban en forma irregular sus medicamentos. Cuadro IV

Se apreció en nuestro estudio que la actividad diaria en su trabajo, pudo haber influido para captar más pacientes hipertensos y que -- trabajen ya que el 65% de la muestra desempeña alguna actividad física o mental; el 35% eran pacientes que no trabajaban por diversas causas, se vió una ligera predominancia por el sexo femenino (57%), y el resto correspondió al sexo masculino; o sea el 43%, lo cual esta coincidiendo con otros estudios realizados en otros hospitales. Gráfica III.

Se comprobó una vez más que los factores de riesgo como tabaquismo y alcohólismo influyen en gran parte para la persistencia de este padecimiento y más en el sexo masculino, ya que 20 pacientes tienen habito tabaquico y 23 alcoholismo.

Se observó que los pacientes que registraban cifras altas de su tensión arterial, correspondia a pacientes que tomaban en forma irregular su tratamiento.

De la revisión realizada, para aquellos pacientes obesos, a los cuales se les había indicado dieta ya que haya sido hiposodica o de reducción, no se llevó a cabo, registrandose que 20 pacientes aumentaron de peso (20%), y 80 pacientes lograron reducirlo, ya que la mayoria de los pacientes estudiados estaban por arriba de su peso ideal. Gráfica IV.

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

Del estudio realizado, se concluye; que existen cifras altas de tensión arterial, en pacientes ya conocidos hipertensos, en todos aquellos que no acuden a la consulta externa para control de su padecimiento, en trabajadores y en aquellos pacientes que son obesos. También se notó que persisten cifras altas de tensión arterial en pacientes que no llevan su tratamiento en forma adecuada; con habito tabaquico y alcoholismo positivo. Gráfica V.

Entre los pacientes con padecimientos concomitantes, predominó la Diabetes Mellitus. Respecto a la edad, el mayor número de casos detectados fue entre la edad de 29 a 54 años, siguiendo en frecuencia el grupo de edad mayor de 55 años; hubo una ligera predominación de tensión arterial alta en pacientes femeninos que masculinos. Gráfica VI.

El sexo en que predominó el padecimiento fue en el femenino.

Las indicaciones de envio del hipertenso a segundo nivel de atención médica, no quedaron claras ya que la mitad de los pacientes se enviaron, lo cual no es significativo, la causa más frecuente fue para valoración del tratamiento, seguido por la valoración por intervención quirúrgica; esto nos da una idea de que no existen criterios establecidos para el envio de estos pacientes, al segundo nivel de atención médica. Cuadro II.

En relación a las complicaciones más frecuentemente encontradas en este grupo fueron: la cardiopatía hipertensiva (64.81%); la insuficiencia coronaria (16.66%); retinopatía hipertensiva con (7.40%); insuficiencia vascular cerebral (3.70%), y otras causas (7.40%); Cabe mencionar que hubo más complicaciones en el sexo masculino. Cuadro III.

De acuerdo a los medicamentos que se utilizaron en forma más frecuente se encontró que para la hipertensión grado I fueron: Furosemide Alfa Metil Dopa, Reserpina, Diacepam y Clorodiacepoxido; los cuales se prescriben de mayor a menor frecuencia. Cuadro V.

Para la hipertensión grado II, basicamente fueron los mismos medicamentos, pero en orden de frecuencia diferente, los cuales se enumeran de mayor a menor: Alfa metil Dopa, Furosemide, Diacepam, Reserpina y Clortalidona. Cuadro VI.

Para la hipertensión grado III, fueron los siguientes medicamentos en el orden acostumbrado: Furosemide, Alfa Metil Dopa, Clortalidona, Diacepam y Propanolol. Cuadro VII.

Las medidas no medicamentosas utilizadas con mayor frecuencia en este trabajo fueron las siguientes, para la hipertensión grado I.: Dieta hipocalorica, dieta hiposodica, medidas higienico-dieteticas, ejercicio moderado y otros (no fumar, dieta normal, etc.), los cuales se mencionan por orden de frecuencia. Cuadro VIII.

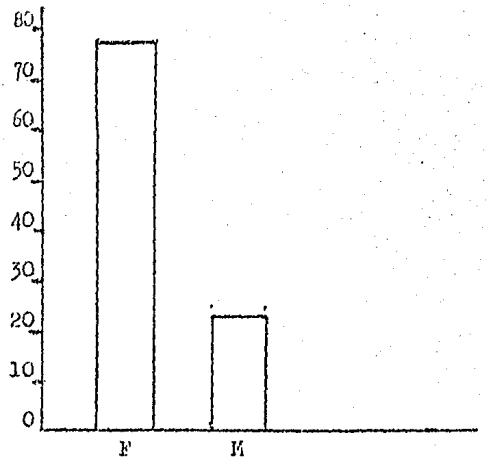
Para la hipertensión grado II, se utilizaron las mismas medidas pero con algunas variantes en relación con la frecuencia, Dieta hipocalorica, medidas higiénico-dietéticas, ejercicio moderado, dieta hiposodica y otros (dieta normal, no fumar, repose, etc.). Cuadro IX.

Para la hipertensión grado III, fueron: Dieta hiposodica, dieta hipocalorica, medidas higiénico-dietéticas, reposo y otros (no stress)

El grado de control de la hipertensión Arterial con el tratamiento empleado, por los Médicos Familiares, de acuerdo a su criterio fueron: Bueno en el 50% de los casos; Regulares en el 38% y Malo en el 12% de los casos. Gráfica II.

GRAFICA I

RELACION GRAFICA DEL ESTUDIO COMPARANDO AMBOS SEXOS.



MASCULINOS:	23
FEMENINOS:	77
T O T A L :	100

FUENTE: DATOS OBTENIDOS DEL ESTUDIO REALIZADO.

CUADRO I

DISTRIBUCION POR EDADES DE 100 CASOS DE PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL ENCONTRADOS EN 10 CONSULTORIOS DE LA UNIDAD DE MEDICINA FAMILIAR No. 8 I.M.S.S. 1985.

E D A D	FRECUENCIA	%
30 -- 49	24	24
50 -- 69	58	58
70 -- 89	18	18
T O T A L E S :	100	100

M E D I A : 57.34 AÑOS.

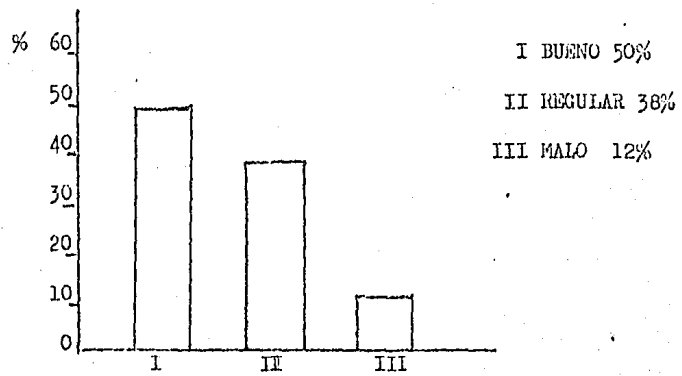
M E D I A N A : 62 AÑOS.

R A N G O : 31 A 83 AÑOS.

EN ESTE CUADRO PODEMOS OBSERVAR QUE EN MAS DE LA MITAD DE LOS —— PACIENTES O SEA EL 58% DE LOS CASOS SE ENCONTRARON ENTRE LAS EDADES DE 50 A 69 AÑOS DE EDAD.

GRAFICA II

GRADO DE CONTROL EN 100 CASOS DE PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL CON EL TRATAMIENTO EMPLEADO POR LOS MEDICOS FAMILIARES, OBTENIDOS DE 10 CONSULTORIOS EN LA U.M.F. No. 8 I. M. S. S.



ESTA GRAFICA MUESTRA QUE EL TRATAMIENTO EMPLEADO POR LOS MEDICOS-FAMILIARES EN 100 PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL FUE BUENO EN EL-50% DE LOS CASOS, REGULAR EN EL 38% Y MALO EN EL 12%; ESTOS RESULTADOS SON EN RELACION AL CRITERIO MEDICO.

CUADRO II

INDICACIONES DE ENVIO A SEGUNDO NIVEL DE ATENCION MEDICA EN 48 PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL DE 10 CONSULTORIOS DE LA UMF 8 I. M. S. S.

I N D I C A C I O N :	FRECUENCIA	%
VALORACION DEL ESQUEMA DE TRATAMIENTO.	43	89.58
VALORACION TRATAMIENTO QUIRURGICO.	3	6.25
VALVULOPATIA POR FIEBRE REUMATICA E H.A.S.	1	2.08
TROMBOFLEBITIS CON ANTICOAGULANTES "	1	2.08
T O T A L E S :	48	100.00

EN ESTE CUADRO SE PUEDE OBSERVAR QUE LA MAYORIA DE LOS PACIENTES SE ENVIARON AL SEGUNDO NIVEL DE ATENCION MEDICA, PARA VALORACION DEL - ESQUEMA DE TRATAMIENTO LO QUE CONSTITUYO EL 89.58% DEL TOTAL.

FUENTE: Datos obtenidos de la revisión realizada.

CUADRO III

DISTRIBUCION DE LAS COMPLICACIONES MAS FRECUENTES ENCONTRADAS EN 54 PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL DE 10 CONSULTORIOS DE LA U.M.F. No. 8 I.M.S.S.

C O M P L I C A C I O N :	FRECUENCIA	%
CARDIOPATIA HIPERTENSIVA	35	64.81
INSUFICIENCIA CORONARIA	9	16.66
RETINOPATIA HIPERTENSIVA	4	7.40
INSUFICIENCIA VASCULAR CEREBRAL	2	3.70
CARDIOANGIOESCLEROSIS	1	1.85
INSUFICIENCIA CARDIACA	1	1.85
ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL	1	1.85
NEFROPATIA HIPERTENSIVA	1	1.85
T O T A L E S :	54	100.00

ESTE CUADRO MUESTRA QUE LA CARDIOPATIA HIPERTENSIVA FUE LA CAUSA MAS FRECUENTE DE COMPLICACION, PUES SE PRESENTO EN 35 DE 54 PACIENTES CON UN 64.81%.

CUADRO IV

NUMERO DE VECES QUE ACUDEN A CONSULTA EXTERNA PACIENTES HIPERTENSOS

No. DE CONSULTAS	MASCULINO	FEMENINO
1 A 3	16	24
MAS DE 4	25	35
T O T A L :	41	59

PACIENTES HIPERTENSOS RESPECTO A SU OCUPACION.

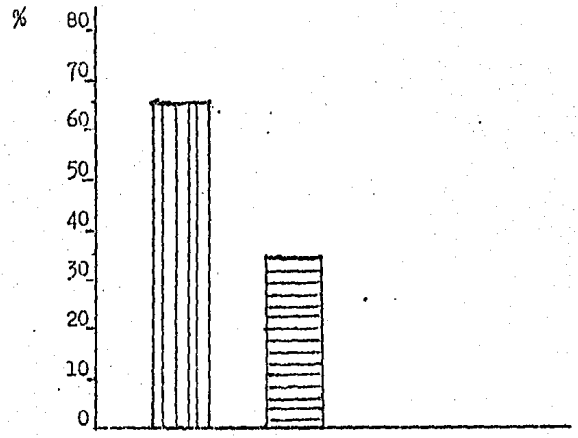
	MASCULINO	FEMENINO
PACIENTES QUE TRABAJAN	40	25
PACIENTES QUE NO TRABAJAN	5	30
T O T A L :	45	55

PACIENTES HIPERTENSOS Y SU COMPORTAMIENTO DE ACUERDO AL PESO

	MASCULINO	FEMENINO
AUMENTARON DE PESO	6	14
BAJARON DE PESO	37	43
T O T A L :	43	57

GRAFICA III

GRAFICA QUE NOS MUESTRA A PACIENTES HIPERTENSOS QUE TRABAJAN Y QUE NO TRABAJAN.

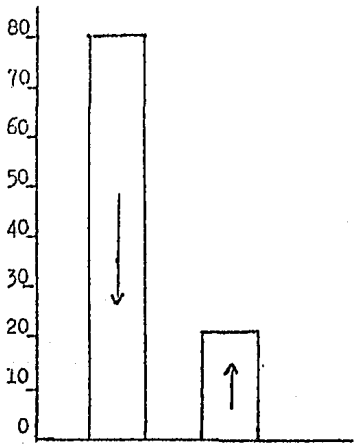


	MASCULINO	FEMENINO	%
PACIENTES QUE TRABAJAN	40	25	65
PACIENTES QUE NO TRABAJAN	5	30	35
T O T A L :	45	55	100

FUENTE: Datos obtenidos del estudio realizado.

GRAFICA IV

COMPORTAMIENTO DE PACIENTES HIPERTENSOS RESPECTO AL PESO.

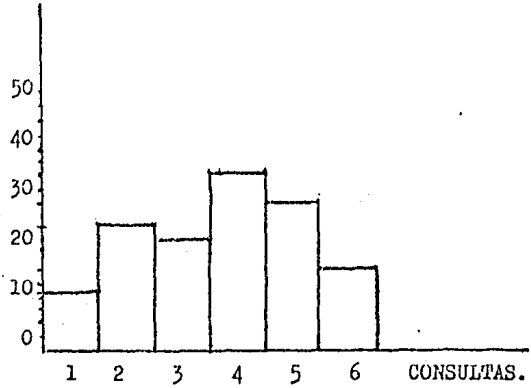


	MASCULINOS	FEMENINOS	%
↓ DISMINUYERON DE PESO :	37	43	80
↑ AUMENTARON DE PESO :	6	14	20
T O T A L :	43	57	100

Fuente : Datos obtenidos del estudio realizado.

GRAFICA V

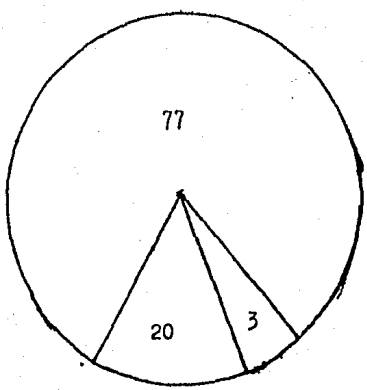
HIPERTENSOS Y NUMERO DE VECES QUE ACUDEN A CONSULTA.



GRAFICA VI

PADECIMIENTOS CONCOMITANTES CON LA HIPERTENSION ARTERIAL.

PADECIMIENTO	No. DE PERSONAS	%
DIABETES MELLITUS	20	20
ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL	3	3
H.A.S. SIN COMPLICACIONES	77	77



CUADRO V

SECUENCIA DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN 36 PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL GRADO I (BUENA), OBTENIDOS DE 10 CONSULTORIOS DE LA UMF. No. 8 I. M. S. S.

M E D I C A M E N T O :	FRECUENCIA	%
FUROSEMIDE	17	47.22
ALFA METIL DOPA	15	41.66
RESERPINA	14	38.88
DIACEPAM	9	26.00
CLORODIACEPOXIDO	5	13.88
CLORTALIDONA	4	11.11
GUANETIDINA	3	8.33
SALES DE POTASIO	2	5.55
CLOROTIACIDA	1	2.77
PROPANOLOL	1	2.77
ESPIRONOLACTONA	1	2.77

EN ESTE CUADRO PODEMOS OBSERVAR QUE DE LOS 36 PACIENTES BIEN CONTROLADOS, SE UTILIZARON CON MAYOR FRECUENCIA LOS DIURETICOS Y DE ESTOS EL FUROSEMIDE Y LOS BLOQUEADORES ADRENERGICOS COMO LA ALFA METIL DOPA Y LA RESERPINA. CABE ACLARAR QUE ESTOS MEDICAMENTOS ESTAN ENTREMEZCLADOS EN LOS TRATAMIENTOS Y QUE SOLO SE MENCIONAN EN RELACION A LA FRECUENCIA CON QUE SE UTILIZARON.

CUADRO VI

SECUENCIA DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS EN 63 PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL GRADO II (REGULAR), OBTENIDOS DE 10 CONSULTORIOS DE LA U.M.F. No. 8 I. M. S. S.

M E D I C A M E N T O :	FRECUENCIA	%
ALFA METIL DOPA	43	68.25
FUROSEMIDE	39	61.90
DIACEPAM	27	42.85
RESERPINA	15	23.80
CLORTALIDONA	14	22.22
GUANETIDINA	4	6.34
PROPANOLOL	3	4.76
CLORODIACEPOXIDO	2	3.17
SALES DE POTASIO	2	3.17
CLOROTIACIDA	1	1.58
ESPIRONOLACTONA	1	1.58

EN ESTE CUADRO PODEMOS VER QUE DE LOS 63 PACIENTES CLASIFICADOS COMO HIPERTENSOS GRADO II, LOS MEDICAMENTOS QUE SE UTILIZARON CON MAS FRECUENCIA FUERON LA ALFA METIL DOPA, EL FUROSEMIDE, EL DIACEPAM Y LA RESERPINA; CON LOS PORCENTAJES ARRIBA MENCIONADOS, PERO COMO TODOS ESTOS MEDICAMENTOS SE ENCUENTRAN ENTREMEZCLADOS EN LOS TRATAMIENTOS, SOLO SE MENCIONAN EN RELACION A LA FRECUENCIA EN QUE SE UTILIZARON.

CUADRO VII

SECUENCIA Y COMBINACION DE MEDICAMENTOS Y MEDIDAS NO MEDICAMENTOSAS UTILIZADOS EN 12 PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL GRADO III, OBTENIDOS DE 10 CONSULTORIOS DE LA U.M.F. No. 8 I.M.S.S.

M E D I C A M E N T O S :	FRECUENCIA	%
FUROSEMIDE	8	66.66
ALFA METIL DOPA	7	58.33
CLORTALIDONA	7	58.33
DIACEPAM	6	50.00
PROPANOLOL	6	50.00
CUANETIDINA	3	25.00
SALES DE POTASIO	2	16.66
M E D I D A S :		
DIETA HIPOSODICA	10	83.33
DIETA HIPOCALORICA	9	75.00
MEDIDAS HIGIENICO-DIETETICAS	7	58.33
REPOSO	5	41.66
NO FUMAR	4	33.33

COMO PUEDE OBSERVARSE EN ESTE CUADRO LOS MEDICAMENTOS Y MEDIDAS UTILIZADOS, VARIAN AL ENTREMEZCLARSE EN EL TRATAMIENTO, ASI QUE SOLO SE MENCIONAN EN RELACION A LA FRECUENCIA CON QUE SE UTILIZARON.

CUADRO VIII

SECUENCIA DE MEDIDAS NO MEDICAMENTOSAS UTILIZADAS EN 36 PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL GRADO I OBTENIDOS DE 10 CONSULTORIOS DE LA - U.M.F. No. 8 I. M. S. S.

M E D I D A S :	FRECUENCIA	%
DIETA HIPOCALORICA	25	69.44
DIETA HIPOSODICA	21	58.33
MEDIDAS HIGIENICO-DIETETICAS	17	47.22
EJERCICIO MODERADO	12	33.33
DIETA NORMAL	6	16.66
NO FUMAR	1	2.77

EN ESTE CUADRO SE PUEDE OBSERVAR QUE DE LOS 36 PACIENTES CLASIFICADOS COMO HIPERTENSOS GRADO I, SE UTILIZARON CON MAYOR FRECUENCIA LA DIETA HIPOCALORICA, DIETA HIPOSODICA Y MEDIDAS HIGIENICO DIETETICAS. - CABE ACLARAR QUE ESTAS MEDIDAS NO SON ESPECIFICAS YA QUE NO SE MENCIONAN LAS CANTIDADES DE CALORIAS, DE SAL, NI EN QUE CONSISTEN O CUALES - MEDIDAS HIGIENICO-DIETETICAS SE INDICARON, POR LO CUAL SOLO QUEDAN COMO DATOS ESTADISTICOS DE INFORMACION.

CUADRO IX

SECUENCIA DE MEDIDAS NO MEDICAMENTOSAS UTILIZADAS EN 63 PACIENTES CON HIPERTENSION ARTERIAL ESENCIAL GRADO II, OBTENIDOS DE 10 CONSULTORIOS DE LA U.M.F. No. 8 I. M. S. S.

M E D I D A S :	FRECUENCIA	%
DIETA HIPOCALORICA	44	69.84
MEDIDAS HIGIENICO DIETETICAS	32	50.79
EJERCICIO MODERADO	29	46.03
DIETA HIPOSODICA	24	38.09
DIETA NORMAL	13	20.63
NO FUMAR	2	3.17
REPOSO	1	1.58

EN ESTE CUADRO PUEDE VERSE QUE DE LOS 63 PACIENTES CLASIFICADOS - COMO HIPERTENSOS GRADO II, SE UTILIZARON CON MAYOR FRECUENCIA LA DIETA HIPOCALORICA, MEDIDAS HIGIENICO-DIETETICAS, EJERCICIO MODERADO Y DIETA HIPOSODICA, CON LOS PORCENTAJES ARRIBA MENCIONADOS; PERO DEBE ACLARARSE QUE ESTAS MEDIDAS NO SON ESPECIFICAS YA QUE NO SE MENCIONAN LAS CANTIDADES DE CALORIAS, CUALES MEDIDAS HIGIENICO-DIETETICAS O LA CANTIDAD DE SAL QUE SE INDICO; POR LO CUAL SOLO QUEDA A MANERA DE DATOS ESTADISTICOS DE INFORMACION.

COMENTARIO Y/O SUGERENCIAS:

De acuerdo a nuestro estudio es conveniente mencionar que:

Se indicó dieta hipocalórica en el 70% de los pacientes de la serie; pero no se puede concluir que se esté utilizando en ese porcentaje como medida terapéutica, ya que no contamos con el peso de los pacientes, para saber cuantos tenian sobrepeso.

De igual manera, la dieta hiposódica, se inidcó en el 46% de los pacientes, pero no se indicó en que cantidad; si es hiposódica estricta, moderada ó leve; pero en éste caso si se concluye que se haya prescrito como medida terapéutica.

En relación a las medidas higiénico-dietéticas, las cuales se indicaron en más del 50% de los casos, es conveniente señalar que no se especifican en qué consisten.

Es conveniente mencionar que los resultados obtenidos en el tratamiento de la hipertensión arterial por los Médicos Familiares de acuerdo a su criterio, éstos fueron ligeramente más altos que estadísticas revisadas; pero se explicaría en forma satisfactoria teniendo en cuenta que la gran mayoria (88%) de los pacientes hipertensos, se clasificaron dentro de los grados I y II; lo cual es más favorable al tratamiento.

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

1. Archivos del Institue de Cardiología de México, Hipertensión Arterial, consideraciones sobre su estado actual en México. Año : 48 - Tomo : XLVIII, No. 4 páginas : 889-917 Julio-Agosto 1978.

2. Harrison; Medicina Interna, Hipertensión Arterial, 5a. edición en español, Tomo II ; La Prensa Médica Mexicana, páginas 1548-1561 — (1980).

3. Escudero J., Hipertensión Arterial y Cardiopatía Isquémica, Rev.- Med. IMSS, Vol. 19 13, 1983.

4. Guadalajara B. JF, Sánchez Torres, Brizuela F, Leañes A, Casanova JM, Olvera S ; Cardiopatía Hipertensiva, estudio fenomecanocardiográfico Arch de Inves, de Cardiología de Méx, Vol.53 435, 1983.

5. Marquéz C.A., Hipertensión Arterial leve-limítrofe Rev, Sem Med - Méx. Vol. XCIX 231, 1982.

6. Cecil-Loeb. Tratado de Medicina Interna, Tratamiento de la Hipertensión Arterial ; Tomo II, decimocuarta edición.

7. Kaplan Norman M, Hipertensión Clínica, segunda edición, Edit. El-Manual Moderno; páginas : 104-178 (1980).

8. Cárdenas L.M. Aspectos Actuales de Hipertensión Gac Med Méx Vol.19 No. 6 235.

9. Praxis Médica, Tratamiento de la Hipertensión Arterial, Tomo : II, Facículo : 2.230 (páginas : 1-6) 1981.

10. Espino Vela J, Introducción a la Cardiología ; Hipertensión Arterial, Séptima edición, páginas : 447-477 (1977).