

11226

23  
2ej



UNIVERSIDAD NACIONAL  
AUTONOMA DE MEXICO

FACULTAD DE MEDICINA

División de Estudios de Postgrado  
Unidad de Medicina Familiar No. 21  
Instituto Mexicano del Seguro Social

MULTICAUSALIDAD Y DESARROLLO DE COMPLICACIONES DEL PACIENTE HIPERTENSO

T E S I S

Que para obtener el título de  
ESPECIALISTA EN MEDICINA FAMILIAR  
p r e s e n t a

DRA. MARIBEL CORTINA NUÑEZ

TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN



I. M. S. S.

México, D. F.

1992



## **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

	<u>Pág.</u>
1. INTRODUCCION	1
2. ANTECEDENTES CIENTIFICOS	3
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
4. HIPOTESIS	15
5. OBJETIVO	16
6. MATERIAL Y METODOS	17
7. RESULTADOS Y CONCLUSIONES	21
8. ALTERNATIVAS DE SOLUCION	35
9. BIBLIOGRAFIA	37

## INTRODUCCION

Con la presente tesis, se pretende dar una visión general de los múltiples factores que interfieren en el control y buen manejo de nuestros pacientes hipertensos, que los llevan a la descompensación y presentación de complicaciones, a pesar de que contamos con terapia antihipertensiva eficaz en la actualidad.

Por otra parte, nos daremos cuenta de la importancia que tiene la terapéutica integral en estos pacientes para lograr su control.

Enfatizando sobre el quehacer del médico familiar y de todo médico para lograr en nuestros pacientes un adecuado equilibrio Salud-Enfermedad; conceptualizando al paciente como individuo biopsicosocial y no como individuo aislado.

Siendo la Hipertensión Arterial un problema de salud de gran importancia en el mundo entero. Se le considera la enfermedad crónica más frecuente de la humanidad, pues está presente en 15 a 20% de los adultos. (1)

Según informes de la OMSS en 1982 en México la mortalidad fue de 33% por cada 100,000 hab. y ocupó el 11o. lugar en relación

a otros países. (2)

Siendo una enfermedad incurable en el 90-95% de los casos, el tratamiento ha logrado modificar su historia y evolución natural reduciendo las cifras de morbimortalidad. (2)

Se realizó la presente investigación con el propósito de despertar inquietud, sobre el papel que como médicos desempeñamos basándonos en hechos observados de la práctica médica diaria y cuestionar la importancia de iniciar el cambio de la práctica médica.

La investigación consta de una Introducción, Antecedentes Científicos (marco teórico), Planteamiento del Problema, Objetivo, Material y Método, Resultados, Análisis de Resultados, Conclusiones, Sugerencias y Bibliografía.

### ANTECEDENTES CIENTIFICOS

En 1963, la Organización Mundial de la Salud adoptó la siguiente definición de hipertensión, propuesta por Goldring y Chasis en 1944. Existe hipertensión arterial cuando la presión en condiciones basales supera los 150 mmHg, en su cifra máxima sistole y en su cifra mínima diástole supera los 95 mmHg. No obstante se acepta que existe una elevación natural de la presión arterial en relación con edad y sexo. (3, 4, 5, 6)

La etiología es desconocida en el 80% de los casos, lo que constituye la hipertensión esencial, primaria e ideopática, y en el resto es secundaria a alguna patología: renal, suprarrenal, vascular o endócrina. (4,5,6,7,8,9)

En los últimos 10-15 años se ha producido una verdadera revolución en la práctica clínica respecto a la terapéutica de la hipertensión arterial sistémica (6,10)

En 1945, la terapéutica disponible era médica: el tiocinato, el extracto renal o la vitamina "A"; y quirúrgica: la nefrectomía o simpatectomía. (6)

En 1966, dos grandes clínicos escribieron "Nuestra actitud es excéntrica y restringida a la aceptación de medicamentos que bajen la tensión arterial aún como respuesta parcial al manejo de la enfermedad. (6)

En 1973, Freis dijo: "Hay pocos padecimientos crónicos para los cuales la terapéutica médica sea más racional o esté mejor documentada que para la hipertensión arterial esencial." (6)

En 1982, se reporta que en México la mortalidad debida a hipertensión arterial es de 5.6 por cada 1000 pacientes y representa el 3.8% de la enfermedad cardiovascular. (2)

En un estudio realizado durante 5 años por el programa de detección y seguimiento de hipertensión arterial en los Estados Unidos tuvo como objetivo evaluar la justificación del tratamiento antihipertensivo se encontró que de 10,940 sujetos con cifras de presión diastólica mayor de 90 mmHg, alrededor del 70% la eficacia del tratamiento antihipertensivo, disminuyó la mortalidad a cualquier nivel de presión sanguínea, inclusive en el grupo de hipertensión ligera. Por otra parte, es de gran importancia analizar algunos factores conocidos que hacen que el paciente hipertenso abandone el tratamiento como lo es la incidencia a reacciones adversas de los fármacos antihiperten-

sivos. (11)

Melmon estima que aproximadamente 70 a 80% de todas las reacciones adversas a fármacos son predecibles y la mayoría prevenible y se han atribuido en específico 58 reacciones adversas a la Alfa Metil Dopa. (12)

Otras reacciones secundarias a fármacos son debidas a la interacción con otros medicamentos por alguna otra patología asociada, sin embargo no todas las interacciones son dañinas. De hecho algunas interacciones son utilizadas para lograr ventajas terapéuticas. (12)

En la década de los 70's diversos autores hicieron estudios prospectivos bien controlados sobre los efectos de la hipertensión tratada y no tratada, encontrando un aumento en el N. de complicaciones, muertes, EVC, insuficiencia cardiaca, daño renal; y enfermedades de las arterias coronarias en las no tratadas; se estudiaba la multicausalidad que existía de fondo en el descontrol de éstos pacientes, constituyendo los económicos y sociales los factores más predominantes. (6)

De ahí el enfoque que se tomó en la presente investigación; como punto de partida para comprender la importancia que tiene -

en el manejo, la relación médico-paciente, como vehículo para el manejo integral de nuestros pacientes y el conocimiento real del por qué el paciente hipertenso se descontrola.

La relación médico-paciente se ha encontrado determinada a lo largo de la historia por la estructura socioeconómica del momento histórico que se vive, que se refleja en la sociedad en que se lleva a cabo; por ello la mayor parte de los hechos que nos definen son de cierta forma porque así lo aprendimos de nuestro ambiente.

Sin embargo, tenemos que buscar los factores determinantes que mantengan en equilibrio esta relación, para mejorar las condiciones de salud, esto nos llevaría al desarrollo de un modelo de salud en el cual el paciente conociera la trascendencia de su enfermedad, adquiriendo el compromiso de mejorar su propia enfermedad. (13)

La terapia antihipertensiva se iniciará en todo paciente que haya reunido los parámetros necesarios para la realización del Dx. Esta debe ser individualizada; sin embargo a todos se les ofrecerán las medidas no medicamentosas que coadyuvan a disminuir la tensión, como:

- a) Reducir el exceso de peso y restricción calórica.
- b) Disminuir la ingesta de sodio.
- c) Relajación y alivio de las tensiones.
- d) Hacer ejercicio isotónico (trotar, caminar).

El tratamiento farmacológico se iniciará en los pacientes que tengan alguna de las siguientes características:

- a) Edad inferior a los 45 años.
- b) Sexo masculino.
- c) Raza negra.
- d) Tensión arterial mayor de 165 mmHg. sistólica
- e) Daño orgánico en sitios blanco
- f) Historia familiar de enfermedades cardiovasculares.
- g) Diabetes mellitus.
- h) Hipercolesterolemia.
- i) Tabaquismo y alcoholismo. (6)

Pacientes en quienes el tratamiento es opcional. (6)

- a) Pacientes mayores de 45 años con TA. entre 140/90 - 165/100 mmHg.
- b) Pacientes menores de 45 años con T/A. entre 130/90 - 140/95 mmHg.

- c) Pacientes con hipertensión arterial lábil.
- d) Pacientes con patologías agregadas que conlleven peligro.
- e) Pacientes con importante daño neurológico como fase final de una enfermedad vascular aterosclerótica.

Pacientes en quienes el tratamiento es necesario: (6)

- a) Mujeres con presiones superiores a 165/100 mmHg.
- b) Hombres mayores de 45 años con presiones mayores a 165/100 mmHg.
- c) Hombres menores de 45 años con presiones mayores de 165/95 mmHg.
- d) Hombres y mujeres con historia familiar de enfermedad cardiovascular hipertensiva mayor de 140/95 mmHg.

Pacientes en quienes el tratamiento es indispensable:

- a) Crisis hipertensivas (encefalopatías).
- b) Hipertensión maligna acelerada.
- c) Daños orgánicos francos; insuficiencia cardiaca congestiva; crecimiento del corazón visualizado a los rayos "X" y al electrocardiograma; hipertrofia ventricular izquierda, aneurisma aórtico, enfermedad vascular cere

bral; daño renal y daño retiniano.

## PRINCIPIOS DE LA TERAPEUTICA

1. El tratamiento es por toda la vida cuando la hipertensión es esencial y etiológico cuando es secundaria.

Es importante que el paciente comprenda su enfermedad y lleve a cabo algunas órdenes. El paciente debe recibir una información adecuada y tener la oportunidad de hacer preguntas o discutir algunos asuntos de interés.

El paciente con presión arterial elevada debe comprender claramente lo siguiente:

La seriedad y duración de por vida de la presión arterial elevada, así como las posibles causas de no tratarla.

La importancia de tomar el medicamento prescrito a fin de mantener la presión bajo control.

La naturaleza asintomática de la enfermedad.

La importancia de asistir a sus visitas de control médico para ser vigilado.

2. La meta es mantener cifras tensionales dentro de límites  $\eta$ l.

3. Las tensiones deben tomarse con el paciente de pie y decúbito.

4. Se debe estar preparado para los efectos colaterales como son: la hipotensión, la hipokalemia, etc. (6,14,15)

A continuación se hace una descripción general de los principales medicamentos antihipertensivos.

Diuréticos.- Existen 3 clases de diuréticos y otros que están en fase de experimentación; éstos son:

- a) Tiacidas
- b) Diuréticos de "ASA".
- c) Agentes que ahorran potasio.

Los sitios y forma de acción difieren, lo que explica la diversa potencia, actúan principalmente en el asa de henle ascendente y diversos sitios del túbulo distal.

El efecto secundario más frecuente es la hipokalemia, medicamentos bloqueadores neuronales adrenérgicos, cuando no basta un diurético el segundo medicamento que debe emplearse es el bloqueador (6,9) dentro de éstos tenemos:

Bloqueadores periféricos neuronales como la reserpina, guanetidina, betamidina y debrisoquina.

De receptores alfa.- presinápticos y postsinápticos: la prazosina, receptores alfa y beta; labetalol y propanolol, bloqueadores centrales estimuladores de alfareceptores como la alfa-metil dopa, clonidina, los bloqueadores beta dan mejor respuesta asociados a un diurético (4,6,7,9).

Vasodilatadores.- Cuando un diurético y un bloqueador no bastan, el tercer paso es agregar un vasodilatador, su nivel es en la fibra lisa arterial, dentro de este grupo tenemos la hidralazina que es el más usado y el verapamil el cual es un bloqueador del calcio a nivel del músculo de los vasos.

Existe otro antihipertensivo, el captopril, el cual bloquea la enzima convertidora en angiotensinógeno II.

En nuestro medio el Dr. Luis Méndez hizo una clasificación de la hipertensión arterial en 4 grados para lo que propuso un esquema terapéutico específico. (5)

TIPO I. Hiperreactor tensional: para lo que indica psicoterapia y tranquilizantes tipo diazepam.

TIPO II. Hipertensión moderada (diastólica de 100-120), tratamiento a base de diuréticos tipo clortalidona y clorotiazidas más sales de potasio; esto puede ser sustituido o adicionado a criterio médico por propanolol, reserpina, alfametildopa, más dieta hiposódica moderada y baja en colesterol.

TIPOS III Y IV.- Se cataloga como severa o maligna diastólica mayor de 120 mmHg, edema de papila, uremia, combinación de medicamentos más dieta y reposo, se agrega guanetidina.

Clasificación propuesta en las guías diagnósticas terapéuticas del IMSS. 1982.

## PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

He observado que en el servicio de urgencias existe un alto ingreso hospitalario por hipertensión arterial esencial mal controlada y sus principales complicaciones (insuficiencia cardíaca congestiva, enfermedad vascular cerebral e infarto agudo al miocardio).

De 200,827 derechohabientes del HGZ # 30 IMSS, 17,824 hombres y 22,624 mujeres son derechohabientes de la UMF # 21, de los cuales solicitaron atención médica en 1988 por hipertensión arterial esencial 995 pacientes, 71 en el servicio de Urgencias y 924 en Consulta Externa de primera vez.

Existe una mortalidad en el mismo año, de 71 pacientes por dicha causa: 29 por hipertensión arterial esencial y 42 por sus principales complicaciones, 18 casos por enfermedad vascular cerebral y 24 por infarto agudo al miocardio. Esta cantidad nosológica ocupa el segundo lugar de las principales enfermedades crónicas degenerativas, lo cual nos hace pensar que la hipertensión arterial esencial es un problema de salud pública que contribuye a una elevada morbimortalidad. Aun cuando se ha demostrado que la terapia antihipertensiva disminuye significativamente la incidencia de complicaciones y mortalidad del

paciente hipertenso, surge un cuestionamiento importante, ¿por qué el paciente hipertenso se encuentra mal controlado y/o se complica, a pesar de contar con terapia antihipertensiva efectiva?

¿Será que el paciente hipertenso no lleva un adecuado tratamiento? O tal vez que ¿la relación médico-paciente no está dándose en forma adecuada para concientizar al paciente hipertenso de la trascendencia y responsabilidad que el mismo tiene de su enfermedad?. Por lo anteriormente mencionado es importante conocer cual es la multicausalidad por la que el paciente hipertenso presenta o desarrolla complicaciones.

FUENTE DE INFORMACION: Diagnóstico de salud 1988. HGZ # 30  
IMSS.

## HIPOTESIS

Ho. La descompensación del paciente hipertenso se debe a un manejo médico inadecuado.

H1. La descompensación del paciente hipertenso se debe a otros factores no relacionados al manejo médico.

## OBJETIVO

CONOCER LA MULTICAUSALIDAD POR LAS  
QUE EL PACIENTE HIPERTENSO SE DES-  
COMPENSA Y DESARROLLA COMPLICACIO-  
NES.

## MATERIALES Y METODOS

El presente trabajo es un estudio prospectivo, longitudinal y descriptivo.

Se llevó a cabo en el Servicio de Urgencias del HGZ # 30 IMSS, en la ciudad de México, D.F., durante los meses de julio a noviembre de 1989.

La captación de pacientes se llevó a cabo en el área física correspondiente al servicio de urgencias que consta de observación, corta estancia, curaciones y consulta externa.

Se seleccionaron al azar 120 pacientes, tomando en cuenta un intervalo de confianza del 90% y un margen de error del 10%; el número de pacientes considerados en la muestra se obtuvo por medio de la fórmula estadística 
$$N = \frac{1 - P}{PCV}$$

Los pacientes captados se tomaron de acuerdo a los siguientes criterios de inclusión y exclusión considerados para el estudio.

### CRITERIOS DE INCLUSION.

a) Paciente mayor de 30 años de edad, que ingrese al servicio

de urgencias del HGZ # 30, con diagnóstico de Hipertensión Arterial esencial mal controlada y cuya adscripción sea la UMF # 21.

b) Pacientes con hipertensión arterial esencial, que presenten alguna complicación secundaria a la misma.

c) Pacientes que se encuentren en el Servicio de Urgencias, por otro diagnóstico y que en el momento del estudio tengan como antecedente la hipertensión arterial y se encuentre descontrolada.

#### CRITERIOS DE NO INCLUSION.

a) El tiempo de la evolución de la hipertensión.

b) Número de ingresos previos al servicio de urgencias.

c) Sexo.

d) Nivel socioeconómico.

#### CRITERIOS DE EXCLUSION

a) Pacientes menores de 30 años de edad, aunque presenten hipertensión arterial mal controlada.

b) Pacientes con hipertensión arterial secundaria.

c) Pacientes con dos o más patologías asociadas, no secundarias a la hipertensión arterial.

La información se obtuvo directamente de los pacientes y se recopiló en un formato que consta de 13 datos que se consideraron los más importantes para la realización del estudio; la información obtenida comprende los siguientes datos.

- 1) Identificación del paciente: Nombre y afiliación.
- 2) Edad y sexo de los pacientes.
- 3) Motivo de ingreso al Servicio de Urgencias.
- 4) T/A al ingreso.
- 5) Tratamientos recibidos en los últimos 12 meses.
- 6) Secuencia o combinación de los medicamentos.
- 7) N. de consultas recibidas en los últimos 3 meses.
- 8) En caso de abandono al tratamiento, causas.
- 9) Participación familiar en su enfermedad.
- 10) Actitud ante su enfermedad.
- 11) Las complicaciones más frecuentes encontradas en este grupo de pacientes.
- 12) Participación del paciente en las pláticas de orientación sobre hipertensión arterial.
- 13) Como considera su relación con el médico.

En todos los pacientes se tomó la T/A en posición sentado; inicialmente, se inició manejo antihipertensivo en la mayoría de los casos con nifedipina sublingual, tomando nuevamente las ci

fras tensionales en la misma posición, cuando fué necesario se mantuvieron los pacientes en observación en camillas en posición de decúbito, se utilizó para la toma de T/A, la técnica - recomendada internacionalmente con esfigmomanómetro portátil.

CUADRO No. 1

Distribución por edades de 120 casos de pacientes con hipertensión arterial esencial, mal controlada en el HGZ # 30 del Servicio de Urgencias, de julio a noviembre de 1989.

EDAD	FRECUENCIA	%
30 - 49	39	32.50
50 - 69	64	53.33
70 - 89	17	14.17
TOTALES	120	100

Media  $\bar{X}$  = 55.4

Mediana  $X$  = 66.5

Moda  $Mo$  = 56

Rango = 30 - 87 años

En este cuadro podemos observar que la mitad de los pacientes o sea el 53.33% de los casos se encontraron entre las edades de 50 - 69 años de edad y que alcanzó su mayor frecuencia a los 56 años.

CUADRO No. 2

Distribución por sexo de los 120 pacientes hipertensos descompensados, captados de julio a noviembre de 1989, en el Servicio de Urgencias del HGZ # 30 I.M.S.S.

EDADES	HOMBRES	MUJERES	FRECUENCIA	%
30 - 49	13	27	40	33.33
50 - 69	21	42	63	53.50
70 - 89	7	10	17	14.16
TOTALES	41	79	120	100

CUADRO No. 3.

Motivo de Ingreso del Servicio de Urgencias en los 120 pacientes hipertensos descontrolados, del estudio.

	Síntomatología inherente al padecimiento (cefalea, mareo, náusea, acúfenos, etc.)		Por otra causa		TOTAL DE PACIENTES
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	
30 - 49	11	21	3	6	41
50 - 69	8	30	12	12	62
70 - 89	2	9	5	1	17
<b>TOTALES</b>	<b>21</b>	<b>60</b>	<b>20</b>	<b>19</b>	<b>120</b>
	8 1		3 9		120
	67.5%		32.5%		100%

CUADRO No. 4

Pacientes que en el momento del estudio se encontraban bajo -  
tratamiento antihipertensivo en el último mes previo a su in-  
greso al Servicio de Urgencias del HGZ # 30 I.M.S.S.

PACIENTES POR EDAD	EN CONTROL		SIN CONTROL		TOTAL
	HOMBRES	MUJERES	HOMBRES	MUJERES	
30 - 49	14	26		1	41
50 - 69	19	40	1	2	62
70 - 89	7	10			17
TOTAL	40	76	1	3	120

CUADRO No. 5

Medicamentos antihipertensivos utilizados en los pacientes, en el momento del estudio.

MEDICAMENTOS	FRECUENCIA	%
NIFEDIPINA	48	40
ALFA METIL DOPA	29	24.16
METOPROLOL	13	10.83
CAPTOPRIL	6	5
VERAPAMIL	5	4.16
CLORTALIDONA	5	4.16
PRAZOCIN	4	3.33
PROPANOLOL	4	3.33
FUROSEMIDE	2	1.66
SIN CONTROL	4	3.33

CUADRO No. 6

Número de Consultas recibidas en los últimos tres meses, previos a su ingreso

EDAD	HOMBRE			MUJER			TOTAL
	0	1-3	3-5	0	1-3	3-5	
30-49	1	7	5	7	12	8	40
50-69	4	11	6	0	10	32	63
70-89	2	1	4	5	1	4	17
							120

CUADRO No. 7

Principales causas de abandono al tratamiento

CAUSAS	30 - 49 AÑOS		50 - 69		70 - 89	
	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER	HOMBRE	MUJER
Desinterés Individual por su enfermedad (apatía)	3	8	7	12	0	2
Falta de participación familiar	1	5	2	5	3	1
Desconocimiento de la enfermedad y de sus complicaciones	5	5	6	8	1	1
Asintomáticos	1	3	2	3	0	2
Estado depresivo	2	4	3	12	3	3
Mala evolución de su enfermedad	1	2	1	2	0	1

CUADRO No. 8

Distribución de las complicaciones más frecuentes encontradas en los 120 pacientes del estudio.

COMPLICACION	FRECUENCIA	%
CARDIOPATIA HIPERTENSIVA	35	29.1
INSUFICIENCIA CORONARIA	9	7.5
ENFERMEDAD VASCULAR CEREBRAL	12	10
INSUFICIENCIA CARDIACA	10	8.3
INFARTO	3	2.5
NINGUNA	51	42.5
TOTAL	120	

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

CUADRO No. 9

Como consideraron su relación con el médico los pacientes hipertensos del estudio.

FACTORES	FRECUENCIA	%
Indiferencia del Médico	46	38.33
Buena relación médico-paciente	19	15.83
Mala o inadecuada relación médico-paciente	34	28.33
Médicos múltiples en la evolución de su enfermedad	10	8.33
Repercusión en su vida	3	2.5
Su médico no le informa la evolución de su enfermedad	8	6.66

## CONCLUSIONES DE LOS RESULTADOS

En el presente estudio se concluye que:

1. La edad más frecuente en que se presentó la hipertensión - fué de 50 - 69 años (6a - 7a década de la vida) alcanzando su pico máximo la edad de 56 años.
2. El sexo que predominó en el padecimiento fué el femenino, con una relación 2:1.
3. De los 120 pacientes incluidos en el estudio, sólo 81 ingresaron con el Dx. de Hipertensión arterial descontrolada, - correspondiendo al 67.5% de la muestra, el otro 32.5% ingresó por causas diferentes a la hipertensión arterial. Esto nos dá una idea de la importancia de la revisión integral de todo paciente que ingrese al servicio de Urgencias de cualquier Unidad.
4. De los factores estudiados, en los 120 pacientes incluidos en la muestra, sólo 4 pacientes se encontraban sin control farmacológico en el último mes previo a su ingreso, lo - cual nos habla de que nuestro paciente hipertenso no está recibiendo el tratamiento médico más adecuado.

5. Dentro de los manejos terapéuticos más frecuentemente utilizados, se encontró como medicamento predominante a la Nifedipina con un 40% de incidencia, siguiendo la alfa metil dopa con un 24.16% y otros en menor porcentaje de mayor a menor: metoprolol, captopril, verapamil, clortalidona, prazocin, Propanolol, furosemide.

De los anteriores en el 80% de los pacientes el manejo recomendado por las guías terapéuticas del IMSS no se utilizó. Considerado como factor de importancia dentro del estudio puesto que no están existiendo criterios bien establecidos para el manejo de los pacientes hipertensos.

6. En relación al número de consultas recibidas en los tres últimos meses previos a su ingreso, resultó que en una proporción de 36.6% fué más frecuente la asistencia a la consulta en el sexo femenino, en el rango de edad de 50 a 69 años de edad, con un promedio de 1 a 2 consultas por mes; en el resto de los pacientes existió una existencia a la consulta baja, pero todos tenían el antecedente de haber acudido a su control por lo menos 1 vez, lo cual debe inquietarnos en relación a que nuestro paciente no solo necesita un tratamiento farmacológico y que debemos enfatizar en un manejo integral de nuestro paciente, haciendo de cada caso en particular un individuo biopsicosocial, tratan-

do de mejorar las condiciones de nuestros pacientes para lograr un mejor control en ellos.

7. Dentro de las principales causas de abandono al tratamiento se encuentran asociados varios factores en el mismo paciente; pero sin embargo, encontramos que la causa más frecuente fué el desinterés y apatía por su enfermedad en el 26.6% de los pacientes; siguiendo progresivamente la depresión con el 22.5%, el desconocimiento de su enfermedad en el 21.6%, la falta de participación familiar en el 14.1%, por falta de síntomas el paciente no cree necesario su administración de medicamentos en el 9.16%, y por mala evolución de su enfermedad a pesar de haberse encontrado bajo varios tratamientos en el 5.8%. Con lo cual podemos darnos cuenta que los factores principales como causa de descompensación corresponden al área afectiva; haciéndonos un llamado para tratar a nuestros pacientes hipertensos en sus tres esferas: biológica, psicológica y social.

8. En relación a las complicaciones más frecuentes, los hallazgos fueron los siguientes:

Cardiopatía hipertensiva en el 29.1%.

Insuficiencia coronaria en el 7.5%.

Enfermedad vascular cerebral en el 10%.

Insuficiencia Cardíaca en el 8.3%.

Infarto en el 2.5%

y se hallaban sin ninguna complicación asociada el 42.5% - de los pacientes del estudio; con lo cual podemos darnos - cuenta de la importancia de lograr en forma inmediata un - control en estos pacientes con la finalidad de reducir en - ellos complicaciones y mejorar su pronóstico de vida.

9. En relación a un factor sumamente importante como lo constituye cómo considera el paciente su relación con el médico, encontramos que el 38.33% de los pacientes encuentran a su médico familiar frío e indiferente, la única relación - que existe es la asistencia por su medicamento prescrito, en algunas ocasiones ni por el mismo.

En el 28.33% consideraron su relación como mala, cuando - existe mala respuesta del médico por sus inquietudes, su - falta de atención para escucharlos.

En otras ocasiones esta relación no ha podido establecerse por el cambio continuo de médicos y medicamentos que han - recibido, éstos pacientes constituyen el 8.33% de los pa- cientes de la muestra.

La sensación de desamparo en relación al área médica, como repercusión en la vida de los pacientes, surgió en el 2.5% y en relación a la desorientación que tienen por inasisten

cia a pláticas o porque su médico no les proporciona la información adecuada en relación a su evolución de la enfermedad y lo que puede sucederles si no se integran a un buen control, surgió en un 6.66% de los pacientes.

Con lo anterior podemos darnos cuenta de la gran necesidad que nuestros pacientes nos manifiestan de que quieren ser escuchados y orientados en relación a su padecimiento, el gran quehacer médico para lograr controlar a estos pacientes se encuentra involucrado en sus tres esferas y no sólo en la biológica.

### ALTERNATIVAS DE SOLUCION

1. Como médicos debemos iniciar un cambio en la Terapéutica - del paciente hipertenso, conceptualizarlo en sus esferas - biológica, psicológica y social.
2. Tratar de mejorar nuestras relaciones humanas, con la finalidad de lograr una mejor atención médica.
3. De acuerdo al estudio presentado podemos darnos cuenta de la gran necesidad de unificar criterios en el manejo de - los pacientes, para mejorar sus condiciones, para lo cual podemos formar dentro de la institución comités encargados de la supervisión hospitalaria de que se lleven a cabo, - para disminuir la morbimortalidad.
4. Incrementar las pláticas hospitalarias informativas en relación a la hipertensión arterial esencial, para que el paciente encuentre la orientación necesaria para entender la evolución de su enfermedad, y se concientice sobre la responsabilidad que tiene de su propia enfermedad.
5. Como médicos tratar de conservar a los pacientes hipertensos con la finalidad de conocer su evolución y evitar de -

esta forma el descontrol que presentan por el cambio continuo de médicos.

## BIBLIOGRAFIA

1. Chávez Rivera I., Hipertensión arterial esencial: 1985; 1: 2-5.
2. Chávez Rivera I., Mortalidad de las enfermedades cardiovasculares en México. Arch. Inst. Cardiol. México 49: 303-323 1982.
3. Archivo del Instituto de Cardiología de México, Hipertensión arterial, consideraciones sobre su estado actual en México, 1987; 48 (4): 889-917.
4. Harrison: Medicina Interna, hipertensión arterial, 7a. ed. en español, Tomo II, la prensa médica mexicana, p. 1548-61.
5. Instituto Mexicano del Seguro Social, Guías diagnósticas y terapéuticas, 1981; 1: 61-2.
6. Kaplan Norman M., Hipertensión clínica, 2a. edición del Manual Moderno; 104-178 (1982).
7. Cecil-Loeb. Tratado de Medicina Interna, tratamiento de la hipertensión arterial, tomo II; 14a. edición, p: 1165-79.

8. Brod, J. Frech, V., Heyl, Z., hipertensión; clínicas médicas de norteamérica. 1977; 467-84.
9. Praxis médica, hipertensión arterial: 1981; 2 (222): 1-8.
10. Archivos del Instituto de Cardiología de México, problemas en el manejo de la hipertensión arterial resistente al tratamiento farmacológico; 1987; 48 (6) 1142-59.
11. Mc. Kenney et. al. The effect of clinical Pharmacy services on patients with essential hypertension. Circulation. 48: 1104-1111. 1974.
12. Riddiough M.A.: preventing defecting and managing adverse reactions of antihypertensive agents in the ambulant patients with essential hypertension. Am. Jour. Hosp. Pharm. 34: 465-480, 1983.
13. Cuell José. Aspectos Psicológicos de la relación médico-paciente. Simposio Sintex. Ed. Sintex.
14. Espino Vela J. Introducción a la cardiología, hipertensión arterial, séptima edición; 1977: 447-77.
15. Krup Chaton, Current Medical Diagnostic & treatment, USA Large Medical Publications, Chapter 7; 1982: 187-91.