

11226  
Zej  
112

INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL

HOSPITAL GENERAL DE ZONA NUMERO 1 CON MEDICINA  
FAMILIAR

OAXACA, OAX.

ESTUDIO DE INVESTIGACION:

CRISIS HIPERTENSIVAS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS  
DEL HGZ # 1 C/MF, OAX.

AUTOR: ANSELMO ISAIAS GARCIA VAZQUEZ.  
RESIDENTE DEL 2o. AÑO DE LA ESPECIALIDAD  
EN MEDICINA FAMILIAR.

FEBRERO DE 1985.

**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.

# TESIS CON FALLA DE ORIGEN

## C O N T E N I D O

1.- INTRODUCCION.

2.- ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

3.- MATERIAL Y METODOS.

4.- PRESENTACION DE RESULTADOS.

5.- CONCLUSIONES.

6.- COMENTARIO.

7.- BIBLIOGRAFIA.

## INTRODUCCION.

La falta de perseverancia en la continuidad de los tratamientos constituye un importante problema para el adecuado control de enfermedades crónicas. Respecto a lo anterior se ha demostrado y concluido en diversos estudios que pacientes con sintomatología clínica en un 20 % no retornan para el control médico necesario y un 50 % no cumplen con la administración de sus medicamentos tal como se prescribió. En el caso de pacientes asintomáticos, un 50 % no regresan para control y un 60 % no toman los medicamentos indicados.

La Hipertensión Arterial es una enfermedad en donde esta situación resulta en particular digna de estudio. Aunque los fármacos que se emplean en la actualidad para tratar este síndrome se conocen desde hace 30 años, sólo en el decenio de 1960 se han realizado estudios para medir la prevalencia de hipertensión en la población general. Entre 1967 y 1970 en el estudio colaborativo de los hospitales de la Administración de Veteranos (EUA) se observó que los tratamientos farmacológicos eran efectivos para reducir la incidencia de complicaciones y mortalidad por lo menos en niveles moderados o graves de hipertensión relacionados con la enfermedad hipertensiva.(1)

Es importante también el conocimiento actual de la frecuencia y complicaciones de la supresión de la terapia antihipertensiva demostrada por diversos estudios de seguimiento en la permanencia del mismo, que, cuando es suprimida en forma brusca provoca numerosos eventos mórbidos en el organismo del paciente reunidos en un síndrome llamado de supresión o descontinuación. Es de interés además, mencionar la relación existente entre pacientes que abandonan el tratamiento prescrito y su nivel de conocimientos sobre la enfermedad, su grado de escolaridad y su nivel sociocultural.

En el presente trabajo se trata de conocer la relación existente entre pacientes hipertensos que presentan crisis hipertensivas y supresión de medicamentos así como demás factores coadyuvantes.

## ANTECEDENTES CIENTIFICOS.

### DESCONTINUACION BRUSCA DEL TRATAMIENTO EN LA HIPERTENSION ARTERIAL O SINDROME DE SUPRESION ANTIHIPERTENSIVA.

Existe mucha confusión tocante a la definición y clasificación de éste síndrome, su incidencia verdadera, tiempo de inicio y su correlación con los mecanismos bioquímicos y fisiológicos. Las informaciones sugieren que éste síndrome ocurre en un pequeño porcentaje de pacientes con todos los grados de Hipertensión Arterial, quienes descontinúan bruscamente la medicación antihipertensiva, siendo más común con ciertas clases de drogas antihipertensivas como son las drogas antiadrenérgicas de acción central y las drogas bloqueadoras betaadrenérgicas o en regímenes combinados.

Han sido aplicados numerosos términos a éste síndrome incluyendo "rebote" hipertensivo, síndrome de discontinuación, síndrome agudo postratamiento y síndrome de supresión.

La ocurrencia del síndrome de supresión después del cese súbito de terapia antihipertensiva ha sido reportada ampliamente durante los últimos diez años y tiene importantes implicaciones para la terapia antihipertensiva.(2)

### POSIBLES CONSECUENCIAS DEL CESE POST-AGUDO DE ANTIHIPERTENSIVOS.

Las consecuencias potenciales del cese post-agudo de agentes antihipertensivos se pueden resumir en seis:

- 1.- Un pequeño porcentaje de pacientes permanecen normotensos posiblemente debido a cambios de sensibilidad en los barostatos. Se sugiere que la sensibilidad disminuida en la función de los barorreceptores puede ocurrir si la presión sanguínea se normaliza por un período prolongado de tiempo.
- 2.- La presión sanguínea puede permanecer relativamente controlada o elevarse en forma comparativa lentamente, pero los pacientes experimentarán signos y síntomas de hiperactividad

simpática o algunos eventos cardiovasculares mórbidos en pacientes predispuestos, como son: angina inestable, arritmias, infarto agudo de miocardio o muerte súbita.

3.- Puede ocurrir retorno gradual asintomático de la presión sanguínea a niveles pre-tratamiento en un pequeño porcentaje de pacientes después de semanas o meses.

4.- Puede ocurrir un retorno asintomático rápido de la presión sanguínea a niveles pretratamiento en la mayoría de los pacientes, al desaparecer los efectos de la droga.

5.- Puede ocurrir "rebote" hipertensivo. Este es definido como un retorno rápido de la presión sanguínea a niveles pretratamiento con signos y síntomas de hiperactividad simpática y posiblemente encefalopatía hipertensiva, accidentes cerebrovasculares u otros eventos cardiovasculares catastróficos.

6.- Finalmente puede ocurrir en forma rara crisis hipertensiva. Esta es definida como una rápida elevación de la presión sanguínea sobre niveles pretratamiento asociada con síntomas subjetivos y signos de hiperactividad simpática o eventos cardiovasculares mórbidos. (2)(3)

#### SINTOMAS Y SIGNOS CLÍNICOS.

Han sido descritos síntomas y signos clínicos de hiperactividad simpática incluyendo nerviosismo e inquietud, ansiedad y tensión, palpitaciones, malestar y dolor abdominal, anorexia, náusea y vómito, calambres y dolor muscular, insomnio, cefalea, exacerbación de la angina en pacientes predispuestos, malestar y fatiga, temblor, diaforesis, taquicardia, taquiarritmias, salivación, hipo y sonrojo facial. - Han sido reportadas complicaciones severas como infarto agudo de miocardio en pacientes predispuestos, encefalopatía hipertensiva o hasta muerte súbita. Estos síntomas y signos usualmente ocurren 24 a 48 después de cesar las drogas antihipertensivas. Otros informes mencionan la ocurrencia entre 36 y 72 hrs. (3) El inicio más tardío puede ser debido más bien a la enfermedad hipertensiva que a la supresión de la droga.

## DROGAS ANTIHIPERTENSIVAS ASOCIADAS CON EL SÍNDROME DE SUPRESIÓN.

Han sido reportadas numerosas drogas antihipertensivas como causa del síndrome de supresión. Sin embargo, en muchos de los reportes relacionados con éste síndrome han sido descontinuadas varias drogas en forma simultánea lo que crea dificultad para valorar la relación de la droga en forma individual con el síndrome. El cese de cierta combinación de drogas resulta en un incremento mayor de la presión sanguínea - y síntomas más severos que después de cesar cualquier droga sola.

En seguida se resumen las drogas antihipertensivas reportadas como productoras del síndrome de supresión, demostrado por estudios prospectivos y retrospectivos que evalúan la dosis de la droga, el tiempo de aparición de los síntomas después de suprimido el tratamiento así como la supresión de terapia combinada.

### 1.- Drogas de acción central.

- a).- Clonidina.
- b).- Alfa-metilopa.
- c).- Guanabenz.

### 2.- Agentes bloqueadores adrenorreceptores.

- a).- Propranolol.
- b).- Prolpranol.
- c).- Oxprenolol.

### 3.- Otras drogas antihipertensivas.

- a).- Guaneticina.
- b).- Betanidina.
- c).- Reserpina.
- d).- Diuréticos.
- e).- Saralasin.

### 4.- Drogas combinadas.

- a).- Drogas de acción central y betabloqueadores.
- b).- Drogas de acción central y diuréticos.
- c).- Betabloqueadores y diuréticos.



#### FACTORES PREDISPONENTES PARA EL SINDROME DE SUPRESION.

Los factores que predisponen que en un momento dado los pacientes con terapia antihipertensiva presenten signos y síntomas del síndrome de supresión son los que a continuación se enumeran.

- 1.- Descontinuación brusca de la terapia con drogas antihipertensivas.
- 2.- Drogas de acción central y betabloqueadores.
- 3.- Terapia con combinación de drogas, especialmente drogas de acción central y betabloqueadores.
- 4.- Niveles previos de presión sanguínea.
- 5.- Control inadecuado de la terapia antihipertensiva.
- 6.- Hipertensión con retina normal o alta.
- 7.- Hipertensión renovascular o enfermedad renal.
- 8.- Estado preoperatorio.
- 9.- Cardiopatía isquémica.
- 10.- Dosis altas diarias de drogas antihipertensivas.

#### POSIBLES MECANISMOS DE EL SINDROME DE DISCONTINUACION.

Han sido propuestos numerosos mecanismos para explicar los eventos clínicos y biofísicos que resultan cuando la administración de agentes antihipertensivos es cesada bruscamente. Un rompimiento en la autorregulación del flujo sanguíneo cerebral puede explicar algunos de los síntomas nerviosos centrales que ocurren. Ha sido demostrado que un súbito y sostenido 30 a 40 % de incremento en la presión sanguínea es capaz de causar un incremento anormal en el flujo sanguíneo cerebral. Esto puede jugar un rol en la patogénesis de la encefalopatía aguda causada por la sobredistensión focal de las arteriolas cerebrales, con lesiones de la barrera hematoencefálica.(4)

Se ha sugerido que los síntomas y signos de éste síndrome son análogos a los del feocromocitoma y están relacionados con niveles circulantes súbitos y excesivos de cateco-

laminas. Es conocido que parte de los efectos antihipertensivos de la Metildopa y Clonidina están asociados a niveles disminuidos de Norepinefrina libre en las terminales nerviosas. La remoción brusca de éstas drogas resultará en secreción masiva de Norepinefrina hacia la sangre. Varios investigadores han demostrado aumento de catecolaminas plasmática y/o urinaria en asociación con signos y síntomas de excesiva actividad simpática eferente, después del cesa brusco de terapia antihipertensiva. Es teóricamente posible que la inducción de sensibilidad de receptores después de supresión de bloqueo crónico pueda exagerar la respuesta de catecolaminas.

También se ha demostrado que el sistema renino-angiotensina está involucrado en el síndrome de supresión. Pacientes con hipertensión renovascular o aquellos con hipertensión reninodependiente pueden tener síntomas más severos después de la discontinuación brusca de drogas antihipertensivas que pacientes con renina plasmática baja.(2)(5)

#### PREVENCIÓN DEL SÍNDROME DE SUPRESIÓN.

Las crisis hipertensivas, el accidente cerebrovascular y la isquemia e infarto agudo de miocardio son más peligrosos cuando los pacientes descontinúan bruscamente su medicación antihipertensiva sin supervisión médica. Las urgencias hipertensivas deben prevenirse con un adecuado tratamiento de la Hipertensión Arterial crónica. Está demostrado que ésta urgencia médica se observa con menos frecuencia a medida que se extienden los programas de detección y vigilancia entre la población afectada, dado que la urgencia hipertensiva en el hipertenso esencial generalmente traduce un descuido o abandono del tratamiento por parte del paciente.(6)(7)(8)

Todos los pacientes deben ser educados acerca de éstos riesgos y ser prevenidos de nunca suspender el tratamiento por iniciativa propia. El tratamiento con dosis bajas de drogas antihipertensivas cuando es suspendido es menos probable que induzca el síndrome, especialmente al ir disminuyendo --

gradualmente la droga por varios días. El cese brusco de medicamentos debe ser evitado. La duración del tratamiento no parece ser un factor de riesgo significativo.

Es importante recalcar que la educación del paciente es la que definitivamente va a determinar un tratamiento llevado en forma correcta que evitará las complicaciones observadas en la Hipertensión Arterial Esencial como lo demuestran varios estudios como el de Florenzano y cols. dónde se comparan los resultados de 2 grupos en tratamiento antihipertensivo a los 6 meses de seguimiento, el primero con tratamiento en forma tradicional y el segundo grupo educado precozmente sobre el padecimiento demostrándose abandono del tratamiento en forma significativa en el primer grupo.(1)

Biahn y cols. estudiaron un grupo de pacientes en la práctica familiar para determinar los niveles de conocimientos sobre Hipertensión Arterial comparado con un grupo no hipertenso. El resultado indicó que el grupo de hipertensos tuvo conocimientos significativamente altos, aunque deficientes. La mayoría de los pacientes identificaron al médico como su principal fuente de información acerca de la Hipertensión Arterial, por lo anterior consideran de utilidad el uso de una lista de chequeo y/o material escrito que contenga información que el médico considere esencial para la educación del paciente.(9)

Moore y cols. mencionan que aunque la terapia actual permite el control de cualquier grado de Hipertensión Arterial, un alarmante número de pacientes tienen un pobre control de la Hipertensión Arterial por incumplimiento o tratamiento inadecuado y advierten que educando enteramente a los pacientes acerca de la enfermedad aplicando una serie de pasos a seguir para mejorar el tratamiento en una bien organizada clínica y reforzando la motivación de los pacientes, son métodos efectivos para prevenir incumplimiento y que la utilización de apoyo familiar puede ser de mucha ayuda.(10)

## TRATAMIENTO.

En los pacientes en quienes ocurren reacciones adversas serias después de la discontinuación de drogas antihipertensivas, la reinstalación de las drogas administradas previamente, es generalmente el tratamiento más efectivo. Otros agentes antihipertensivos pueden ser usados dependiendo de la severidad de los síntomas, grado de elevación de la presión sanguínea y urgencia de la situación. La administración de Fentolamina, Diazóxido, Nitroprusiato de Sodio, Trimetafán, Fenoxibenzamina, Labetalol, Propranolol y Prazosín han sido usados con éxito.(11)(12)(13)

Recientemente se ha iniciado la utilización de bloqueadores del canal lento del calcio como la Nifedipina por vía sublingual para el tratamiento de urgencias hipertensivas -- con buenos resultados.(6)

Los pacientes que desarrollan síntomas de isquemia miocárdica o taquiarritmias después de la supresión de un beta-bloqueador será tratado con reinstalación de la droga. Si los síntomas son leves, sin marcada elevación de la presión arterial o manifestaciones cardiovasculares agudas basta el reposo en cama y sedación. Si el medicamento discontinuado es desconocido y se requiere la administración parenteral de una droga, se debe utilizar de elección el Nitroprusiato de Sodio.(2)

## JUSTIFICACION.

El ingreso de pacientes con el diagnóstico de Crisis Hipertensiva al Servicio de Urgencias del HGZ # 1 con MF de Oaxaca, Oax., es relativamente frecuente, observandose que la mayoría de ellos son conocidos como portadores de Hipertensión Arterial Esencial Crónica, que abandonan o descontinúan la terapéutica antihipertensiva instituida, por desconocimiento de la naturaleza del padecimiento, por lo que se decidió efectuar un estudio de los casos de Crisis Hipertensivas detectados en el Servicio mencionado para conocer los factores que determinan el abandono de la terapéutica y la frecuencia con que se presenta ésta complicación de la Hipertensión Arterial.

## MATERIAL Y METODOS.

Este trabajo fué llevado a cabo en la población derechohabiente del HGZ # 1 con MF de Oaxaca, Oax., durante el lapso de tiempo comprendido del 1o. de Enero al 31 de Octubre de 1984, en pacientes que fueron hospitalizados en el Servicio de Urgencias con el diagnóstico de Crisis hipertensiva, encontrándose 19 casos en total.

### Material:

- a).- Expedientes clínicos de pacientes hospitalizados en el Servicio de Urgencias.
- b).- Un cuestionario.
- c).- Un tabulador de 21 columnas.

### Métodos:

#### Criterios de inclusión.

- a).- Pacientes portadores de Hipertensión Arterial Esencial.
- b).- Pacientes sin distinción de sexos.
- c).- Pacientes sin límite de edad.
- d).- Pacientes con control antihipertensivo previo o que no se conocían hipertensos.

Criterios de exclusión.

a).- Pacientes con Hipertensión Arterial Secundaria.

Después de seleccionar y analizar los expedientes clínicos de pacientes con diagnóstico de Crisis Hipertensiva se procedió a tomar los siguientes datos.

- 1.- Ficha de identificación.
- 2.- Diagnóstico(s) de ingreso a Urgencias.
- 3.- Cifras tensionales presentadas al ingreso.
- 4.- Tiempo de evolución de la Hipertensión Arterial.
- 5.- Sintomatología y signología presentada al ingreso.
- 6.- Medicación antihipertensiva previa.
- 7.- Tiempo de abandono del tratamiento.
- 8.- Se efectuó una encuesta para determinar los siguientes - parámetros.
  - a).- Nivel de conocimientos sobre la Hipertensión Arterial.
  - b).- Cumplimiento del tratamiento en forma adecuada.
  - c).- Cumplimiento de las indicaciones dietéticas.
  - d).- Nivel de conocimientos sobre el tiempo de duración del tratamiento antihipertensivo.

Después de recabar cada uno de los datos mencionados - anteriormente se procedió a vaciarlos al tabulador para su análisis.

RESULTADOS.

Se estudiaron un total de 19 pacientes que ingresaron al Servicio de Urgencias con diagnóstico de Crisis Hipertensiva, de los cuáles 10 correspondieron al sexo femenino (52.6 %) y 9 al sexo masculino (47.3 %) con un rango de edades entre 17 y 89 años, con un promedio de edad de 55.2 años.

CLASIFICACION DE PACIENTES POR SEXO Y EDAD.

Edad expresada en décadas	Sexo		Total
	M	F	
10-19	1	-	1
20-29	1	-	1
30-39	1	1	2
40-49	-	1	1
50-59	4	3	7
60-69	2	2	4
70-79	-	2	2
80-89	-	1	1
TOTAL	9	10	19

Con relación a la ocupación de los pacientes, todos - los del sexo femenino, o sea, 10, se dedicaban a las labores del hogar y los masculinos, 2 eran obreros y el resto de otros servicios.

CLASIFICACION DE PACIENTES POR SU OCUPACION.

Ocupación	Número
Hogar	10
Obreros	2
Servicios	7
TOTAL	19

Fué investigado el grado de escolaridad de los pacientes encontrándose 3 analfabetas(15.7 % ), 13 con Educación - Primaria (68.4 %), 2 con Educación Secundaria (10.5 %) y 1 - de Nivel Profesional (5.2 %).

CLASIFICACION DE PACIENTES POR GRADO DE ESCOLARIDAD.

Escolaridad	Número
Analfabetas	3
Educ. Primaria	13
Educ. Secundaria	2
Educ. Profesional	1
TOTAL	19



Un total de 17 pacientes provenían de estrato socioeconómico bajo y 2 del medio.

CLASIFICACION DE PACIENTES POR SU MEDIO SOCIOECONOMICO.

Medio socioeconómico	Número
Medio	2
Bajo	17
TOTAL	19

El siguiente cuadro muestra la sintomatología y signología presentada por los pacientes al ingresar al Servicio de Urgencias.

CLASIFICACION DE PACIENTES POR SINTOMAS Y SIGNOS.

Signo o síntoma	Número
Cefalea	16
Mareos	10
Acufenos	11
Angustia	7
Coma	6
Fosfenos	6
Visión borrosa	5
Disnea	3
Taquicardia	2

Fueron investigadas las cifras tensionales al ingreso hallandose cifras diastólicas entre 120 y 170 mm. de Hg. y cifras sistólicas entre 160 y 250 mm. de Hg.

CLASIFICACION DE PACIENTES POR CIFRAS TENSIONALES  
DIASTOLICAS.

Cifras tensionales	Número
100 mm. de Hg.	-
110 mm. de Hg.	-
120 mm. de Hg.	8
130 mm. de Hg.	7
140 mm. de Hg.	3
150 mm. de Hg.	-
160 mm. de Hg.	-
170 mm. de Hg.	1
TOTAL	19

CLASIFICACION DE PACIENTES POR CIFRAS TENSIONALES  
SISTOLICAS.

Cifras tensionales	Número
160 mm. de Hg.	4
170 mm. de Hg.	-
180 mm. de Hg.	4
190 mm. de Hg.	-
200 mm. de Hg.	3
210 mm. de Hg.	3
220 mm. de Hg.	1
230 mm. de Hg.	1
240 mm. de Hg.	2
250 mm. de Hg.	1
TOTAL	19

Fu  determinado el tiempo de evolución de la Hipertensión Arterial hallandose fluctuaciones desde los 6 meses hasta los 26 años, con 2 pacientes que ignoraban ser hipertensos.

CLASIFICACION POR TIEMPO DE EVOLUCION DE LA HTA.

Tiempo de evolución	Número
0-5 años	11
6-10 años	5
11-15 años	1
16-20 años	1
21-25 años	-
26-30 años	1
TOTAL	19

De los 19 pacientes estudiados, 8 de ellos (42.1 %) se controlaban previamente sólo con Metildopa, 7 combinaban el tratamiento con Metildopa y Clortalidona (36.8 %), 1 con Metildopa y Propranolol (5.2 %), 1 se controlaba con Propranolol e Hioralacina (5.2 %) y 2 no tomaban medicamentos por no conocerse hipertensos (10.5 %).

CLASIFICACION DE PACIENTES POR MEDICAMENTOS TOMADOS PREVIAMENTE.

Medicamento	Número
Sólo Metildopa	8
Metildopa + Clortalidona	7
Metildopa + Propranolol	1
Propranolol + Hioralacina	1
Ninguno	2
TOTAL	19

En los pacientes hipertensos conocidos, fué investigado el tiempo transcurrido desde la supresión del medicamento antihipertensivo hasta la presentación de la crisis, clasificándose en días, meses y años.

CLASIFICACION POR EL TIEMPO DE SUPRESION DE MEDICAMENTOS HASTA LA PRESENTACION DE LA CRISIS.

Tiempo de supresión	Número
Días	7
Meses	3
Años	2
Sin supresión	2
TOTAL	17

De acuerdo a la encuesta realizada se encontró que de los pacientes conocidos como portadores de hipertensión Arterial y con tratamiento antihipertensivo previo, 12 de ellos (70.5 %) tenían malos conocimientos sobre el cumplimiento, 15 (86.2 %) no cumplían el tratamiento en forma adecuada, 16 (94.1 %) no cumplían el régimen dietético prescrito y 11 (64.7%) no cumplían el tiempo de duración del tratamiento antihipertensivo.

CLASIFICACION DE PACIENTES DE ACUERDO A LOS RESULTADOS DE LA ENCUESTA.

Parámetros	Positivos	Negativos
Conocimientos sobre Hipertensión Arterial.	5	12
Cumplimiento del tratamiento adecuadamente.	2	15
Cumplimiento del régimen dietético.	1	16
Conocimiento sobre el tiempo de duración del tratamiento	6	11

## CONCLUSIONES.

El presente trabajo se llevó a cabo entre población - derechohabiente del IMSS en el Servicio de Urgencias del HGZ # 1 con MF de Oaxaca, Oax., durante el lapso de tiempo comprendido del 1o. de Enero al 31 de Octubre de 1984, presentándose 19 casos de Crisis Hipertensiva en pacientes de ambos sexos, con cierto predominio en el sexo femenino (52.6%) principalmente en la quinta década de la vida, con un rango de edades entre 19 y 87 años, con edad promedio de 55.2 años.

Hay relación entre la presencia de ésta complicación y el abandono o descuido del tratamiento antihipertensivo tanto farmacológico como de orden dietético, lo cual se demostró en el presente estudio, aunque se presentó en 2 pacientes (10.5 %) que ignoraban ser hipertensos y por ende no se controlaban.

El nivel socioeconómico y el grado de escolaridad fué bajo en la mayoría de los pacientes estudiados (89.4 %) cuya ocupación fué el de amas de casa (52.6%), obreros y otros - servicios (47.3 %).

El tiempo de evolución de la hipertensión arterial en los pacientes conocidos como portadores de la enfermedad fluctúa desde los 5 meses hasta los 26 años, controlándose sólo con Nefidopa en 47.1 %; terapia combinada de Nefidopa y Clortalidona en 36.8 %; el resto con Propranolol y diuréticos. De todos éstos pacientes que en total fueron 17; 7 de ellos (41.1 %) habían abandonado bruscamente el tratamiento antihipertensivo en un período de días; 3 en un período de meses (17.6 %); 2 en un período de años (11.7 %); y 2 que no habían suprimido el tratamiento (11.7 %) en ningún momento.

Es significativo el resultado de que el 70.5 % no tenían conocimientos acerca de su enfermedad, 88.2 % no cumplían con su tratamiento en forma adecuada, 94.1 % no cumplían su régimen dietético prescrito y el 64.7 % desconocía el tiempo por el cual debía tomar medicamentos.

## COMENTARIO.

En el presente estudio se demostró la importancia que tiene la continuidad del tratamiento médico para el control adecuado de la Hipertensión Arterial Esencial, observándose que la presencia de complicaciones, como las Crisis Hipertensivas, en pacientes conocidos como portadores de la enfermedad y con terapia antihipertensiva previa tienen como factor principal el abandono brusco o descuido del mismo, cuyo origen, es la falta de conocimiento que el paciente tiene sobre la naturaleza de su enfermedad y el control estricto de que debe ser objeto en la continuidad del tratamiento. Sin duda, otro factor que determina el incumplimiento de la terapéutica instituida es en forma indirecta el nivel sociocultural del cuál proceden los pacientes ya que en éstos es difícil erradicar ciertas creencias y la influencia que éstas ejercen sobre el tratamiento de algunas enfermedades.

Por lo anterior consideramos que es de vital importancia el rol que desempeña el médico familiar, como médico de primer contacto para la educación a los integrantes de la población demandada, no sólo en éste país sino en todas aquellas enfermedades crónicas que ameritan control subsiguiente estricto una vez que han sido detectadas.

La educación de los pacientes, en forma clara y sencilla y a su nivel, sobre la enfermedad, ha demostrado que reduce grandemente la morbimortalidad, ya que se concientizan y aceptan adecuadamente el tratamiento y demás recomendaciones. Esta educación deberá efectuarse adecuándose a las circunstancias en que el médico se desenvuelva, la cuál puede hacerse a nivel individual, familiar o colectiva, apoyándose con diferentes técnicas, recordando siempre que el médico familiar es el responsable directo de la promoción de la salud individual y colectiva de la población de la cuál es responsable.

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Floranzano, U.R.: Permanencia en tratamiento antihipertensivo: comparación de dos sistemas de seguimiento. Bol. de la Of. San. Pan., 1981; XCI:428-440.
- 2.- Houston, M.C.: Abrupt cessation of treatment in hypertension: consideration of clinical features, mechanisms, -- prevention and management of the discontinuation syndrome. Am. Heart Journal, 1981; 102/31:415-430.
- 3.- Hart, G.R. and Anderson R.J.: Withdrawal syndromes and - the cessation of antihypertensive therapy. Arch. Intern. Med., 1981; 141/9: 1125-1127.
- 4.- Venkata, S.R.: Hypertensive encephalopathy- Recognition and management. Arch. Intern. Med., 1978; 138:1851-1853.
- 5.- Peart, W.S.: Concepts in hypertension. The croonian lecture 1979. J. of the royal College of Physicians of London., 1980; 14: 141-152.
- 6.- Cárdenas L.M.: Urgencias hipertensivas. Aspectos actuales de la Hipertensión Arterial. Gac. Méd. de Méx., 1983; 119: 252-254.
- 7.- Espinoza de R.R.: Evaluación de un programa de control y seguimiento de la hipertensión arterial. Bol. de la Of. Sanit. Pan., 1980; LXXIX: 298-307.
- 8.- Balossi, E.C.: ¡ Cuidado con la presión alta ! Una alerta que alcanza también a los médicos. Bol. de la Of. San. Pan., 1980; LXXVIII: 502-506.
- 9.- Biehn, J. and cols.: Patients knowledge of hipertensión. Can. Fam. Physician, 1984; 30: 1061-1064.
- 10.- Moore, M.A.: Step-care approach to improving hypertensive patient compliance. Am. Fam. Physician., 1982; 26: - 155-160.
- 11.- Huymans, F. ThM.: Combined intravenous administration of diazoxide and beta blocking agent in acute treatment of - severe hypertension or hypertensive crisis. Am. Heart. J. , 1982; 103/3: 395-400.

- 12.- Huymans, F.T.M.: Acute treatment of hypertension with - slow infusion of diazoxide. Arch. Intern. Med., 1983; - 143: 882-884.
- 13.- Wilson, O.J.: Intravenous Labetalol in the treatment of severe hypertension and hypertensive emergencies. Am. J. of Med., 1983; 17: 95-101.