

Evolución de 33 casos de psicosis post-parto

**Dra. Norma Handal de Boza

RESUMEN

Se estudiaron 33 casos, cuyo primer diagnóstico de egreso fue: Psicosis post-parto. El estudio abarca un periodo de 6 años.

Se tomaron en cuenta los siguientes aspectos: Número de casos, según el año, estado civil, ocupación, grupos etarios, nivel de educación, periodo de estancia, días transcurridos entre fecha de parto y fecha de ingreso a la institución, presencia o ausencia de los servicios auxiliares de diagnóstico, tratamiento electro-convulsivo, condición de salida, evolución hacia otros diagnósticos, lugar de procedencia, presencia de reingresos posteriores.

DEFINICION

El término de Psicosis post-parto, se aplica a alteraciones psicológicas que se desarrollan en la madre durante los primeros meses después del nacimiento del niño y por lo tanto, parece estar etiológicamente relacionados con esta experiencia.

La psicosis post-parto puede clasificarse según los síntomas en tres grupos:

- a. Las reacciones delirantes.
- b. Las reacciones depresivas.
- c. Las reacciones esquizofrénicas.

El delirio post-parto:

Es un estado tóxico que presenta los síntomas típicos de conciencia obnubilada, humor excitado o medroso y alucinaciones.

Existen además, alteraciones fisiológicas tales como fiebre y leucocitosis, es difícil o imposible establecer contacto con el paciente.

Un padecimiento de esta naturaleza indica una alteración en el cerebro y se maneja como un problema médico. A menos que haya factores psicológicos complicados, los síntomas desaparecen con el restablecimiento del equilibrio fisiológico. Sin embargo los episodios delirantes hacen surgir mucha ansiedad secundaria en el paciente, y el médico debe auxiliarla explicando a la enferma su estado en forma franca y tranquilizadora.

Cuando los síntomas orgánicos están asociados con otras reacciones psicóticas, a menudo cederá el delirio al mejorar la condición física, pero persistirán otros síntomas.

La reacción post-parto depresiva:

Puede ser una reacción neurótica a determinada situación (depresión reactiva) o puede ser una alteración psicótica más grave. No es raro que aparezca un episodio maniaco depresivo durante este tiempo. Las circunstancias relacionadas con el nacimiento de un niño pueden ser tales, que justifiquen una actitud depresiva como respuesta simple y realista.

Este sería el caso cuando el niño nace con un marcado defecto físico, o cuando la situación de vida es tan precaria que dificulta el cuidado adecuado del niño. Al valorar la naturaleza de una depresión post-parto, se observa, primero el grado de agotamiento físico de la madre y en segundo lugar las dificultades reales que afectan a la madre y al niño. Si no existe un problema obvio en cualquiera

**Médico Psiquiatra, Instituto Nacional de Seguros.

de estas áreas, debemos suponer entonces que los síntomas patológicos se relacionan con la estructura de la personalidad de la madre y que las perspectivas de readaptación serán por consiguiente mucho más difíciles.

Los síntomas esquizofrénicos:

Se presentan después del parto, tienen por lo general un significado más grave que otro tipo de síntomas, aunque no es una regla absoluta. Ocasionalmente, las reacciones de este tipo desaparecen en poco tiempo, mientras que un síndrome depresivo puede prolongarse. Sin embargo las reacciones esquizofrénicas, en general, denotan un proceso más profundamente regresivo, e indican serios defectos en la capacidad para la maternidad.

Psicopatología:

La psicopatología de la psicosis post-parto se relacionan con las dificultades de la mujer para aceptarse a sí misma como madre.

Las mujeres que desarrollan psicosis post-parto pueden dividirse en dos grupos: a) aquellas de carácter dependiente e inmaduro y b) aquellas con fuertes actitudes masculinas.

La mujer emocionalmente inmadura es aquella que nunca ha sustituido los valores de protección y satisfacción indirecta por los de logros independientes. Este retraso en su desarrollo es el producto de una situación infantil inconsciente y confusa, más típicamente de una situación en la que combinará la sobreprotección y el dominio. La joven llega a la edad adulta sin haber logrado un sentido de emancipación emocional de sus propios padres, a menudo se casa con un hombre que continúa desempeñando el papel de protector dominante.

La mujer "masculina" es la que nunca se ha aceptado a sí misma en el papel femenino. Si este rechazo a la feminidad la ha conducido a un patrón homosexual franco, es por supuesto poco probable que se embarace, debido a su repulsión hacia la heterosexualidad.

Sin embargo cuando la homosexualidad es fuertemente reprimida o negada inconscientemente, la mujer siente una necesidad compulsiva de tener hijos para probarse a sí misma que es mujer.

MATERIAL Y METODO

Se revisaron todos los expedientes con el diagnóstico de egreso de psicosis post-parto

del 1 de enero de 1970 al 31 de diciembre 1975.

El resultado fueron treinta y tres expedientes, se siguió su evolución durante cuatro años.

Los resultados fueron según el año: 1970 cinco casos, 1971 ningún caso, 1972 un caso, 1973, siete casos, 1974 diecisiete casos, y 1975 tres casos.

Este primer análisis (cuadro No. 1) nos dice que el mayor número de casos fue en 1974 (diecisiete).

Examinando el número de casos (cuadro No. 2) (gráfico No. 1), vemos un total de diez solteras, 21 casadas y dos pacientes en el cual su estado civil se ignora, vemos que predominan las pacientes casadas.

El cuadro No. 3 nos demuestra la ocupación de las pacientes y vemos veintidós pacientes de oficios domésticos, dos educadoras, y una oficinista, dos estudiantes de educación superior, tres empleadas domésticas y tres ignoradas, se ve una prevalencia entre las amas de casa (veintidós).

Revisando los grupos etarios (gráfico No. 2), (cuadro No. 4), se nota que el mayor número de casos (Cuadro No. 11), es entre veinte y veinticuatro años, ocho casos entre veinticinco y veintinueve años de edad, siete casos entre quince y diecinueve años, tres pacientes entre treinta y cinco y treinta y nueve años, dos pacientes entre treinta y cuatro años de edad, una paciente entre cuarenta y cuarenta y cuatro años y una paciente entre diez y 14 años de edad.

De acuerdo al nivel de educación vemos que un 49% de los pacientes son de primaria incompleta, 24% primaria completa, 3% secundaria incompleta, 6% secundaria completa, 9% educación superior y 9% su educación es ignorada.

El porcentaje de las pacientes con primaria incompleta abarca la mayoría (49%).

El cuadro No. 7 (gráfico No. 3) según períodos de estancia vemos que las pacientes de corta estancia (de uno a treinta días) fueron veintiséis o sea, el mayor número, de mediana estancia (de treinta y uno a noventa días) un total de seis pacientes y de larga estancia (pacientes que permanecen hospitalizados más de noventa días) sólo una paciente.

El cuadro No. 8 (gráfica No. 4) se vió el número de días, transcurridos entre la fecha de ingreso al hospital, se aprecia que el mayor número de casos fue entre ocho y veintidós días (8-8), cinco casos entre uno y siete días, dos casos entre veintidós y veintiocho días, dos casos entre veintinueve y

treinta y cinco días, dos casos entre treinta y seis y cuarenta y dos días y un caso entre sesenta y sesenta y seis días.

Además, a cinco pacientes se les practicó electroencefalograma (cuadro No. 9) de las cuales dos se reportaron anormales y tres normales. Las pruebas psicológicas sólo se le practicaron a una paciente.

VDRL se le practicó a veintiséis pacientes de las cuales veinticuatro fueron negativos y dos casos con VDRL, positivo.

Tratamiento electroconvulsivo se le practicó a veintiuna pacientes.

De acuerdo a la condición de salida (cuadro No. 10), vemos que veintiocho pacientes salieron en mejor estado, tres pacientes fueron trasladadas al Hospital San Juan de Dios para esterilización profiláctica y dos pacientes se fugaron.

En el cuadro No. 11 (gráfico No. 5), vemos que del total de treinta y tres pacientes, doce tuvieron un único ingreso, o sea el 36%, y veintiuna pacientes tuvieron reingresos posteriores o sea el 64%.

De los reingresos sus diagnósticos (cuadro No. 11), fueron: cuatro como psicosis post-parto, sesenta y seis casos como esquizofrenia afectiva, tres casos como esquizo-

frenia crónica indiferenciada, tres casos como episodio esquizofrénico agudo, un caso como esquizofrenia Paranoide, dos casos como esquizofrenia catatónica y un caso como síndrome cerebral orgánico crónico más disrritmia cerebral y psicosis, y un caso como retardo mental leve más psicosis.

Según la procedencia (cuadro No. 12), vemos que la mayoría de las pacientes fueron de San José (diecisiete) y Puntarenas (seis), Alajuela (tres), Cartago (3 pacientes) y Heredia (una), Guanacaste (una), y Limón (una) y una paciente se ignoró la procedencia.

CONCLUSIONES

Luego de valorar estos expedientes, podemos ver que la psicosis post-parto es una entidad poco frecuente, la mayoría de las pacientes que egresaron con ese diagnóstico con el tiempo vemos que, evolucionaron hacia otro tipo de patología psiquiátrica.

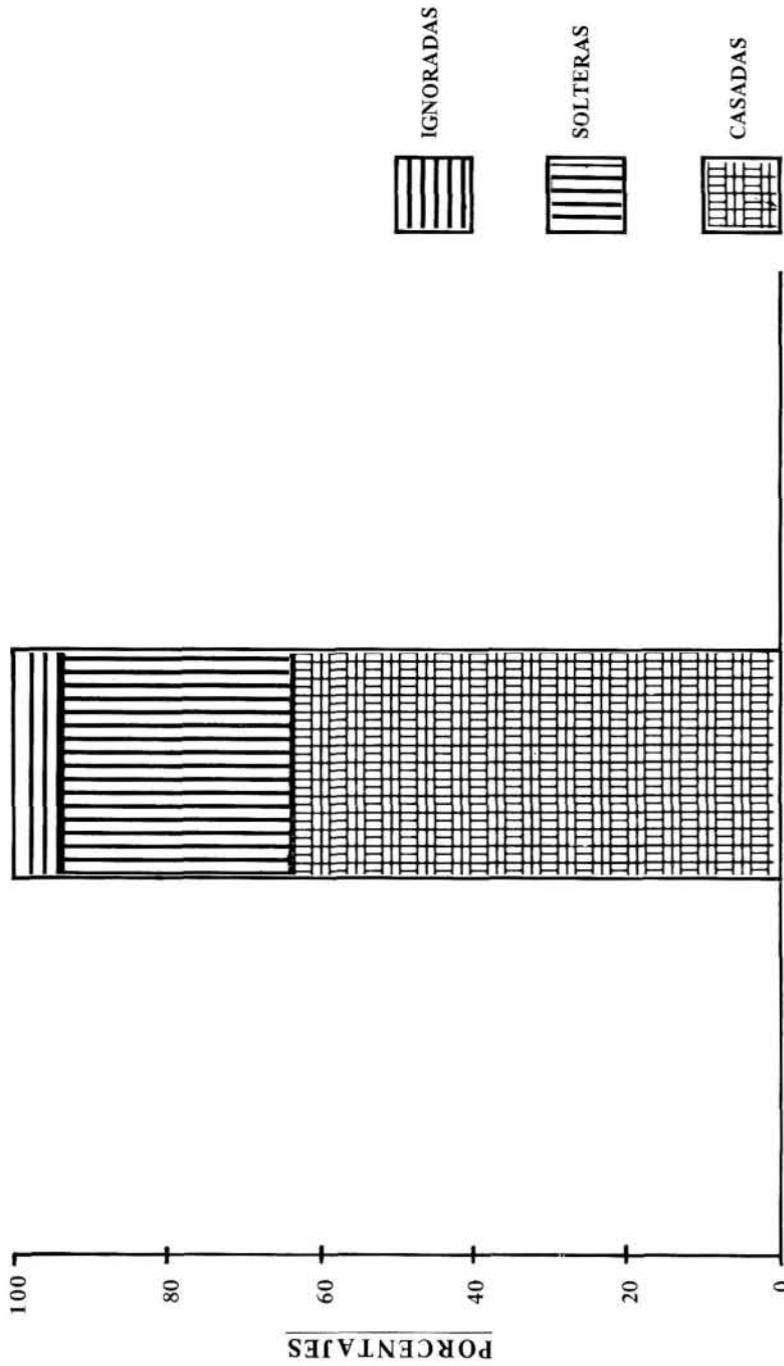
Esto nos indica que nuestras pacientes al egresar con ese diagnóstico, nuestras miras deben apuntar hacia la posibilidad de otra entidad psicopatológica, subyacente y pensar en un pronóstico reservado.

Cuadro No. 1

DISTRIBUCION DEL NUMERO TOTAL DE CASOS SEGUN AÑOS DIAGNOSTICO: PSICOSIS POST-PARTO AÑOS: 1970 - 1975

<u>AÑOS</u>	<u>NUMERO DE CASOS</u>
TOTAL	33
1970	5
1971	—
1972	1
1973	7
1974	17
1975	3

FUENTE: SERVICIO DE REGISTROS MEDICOS
HOSPITAL NACIONAL PSIQUIATRICO



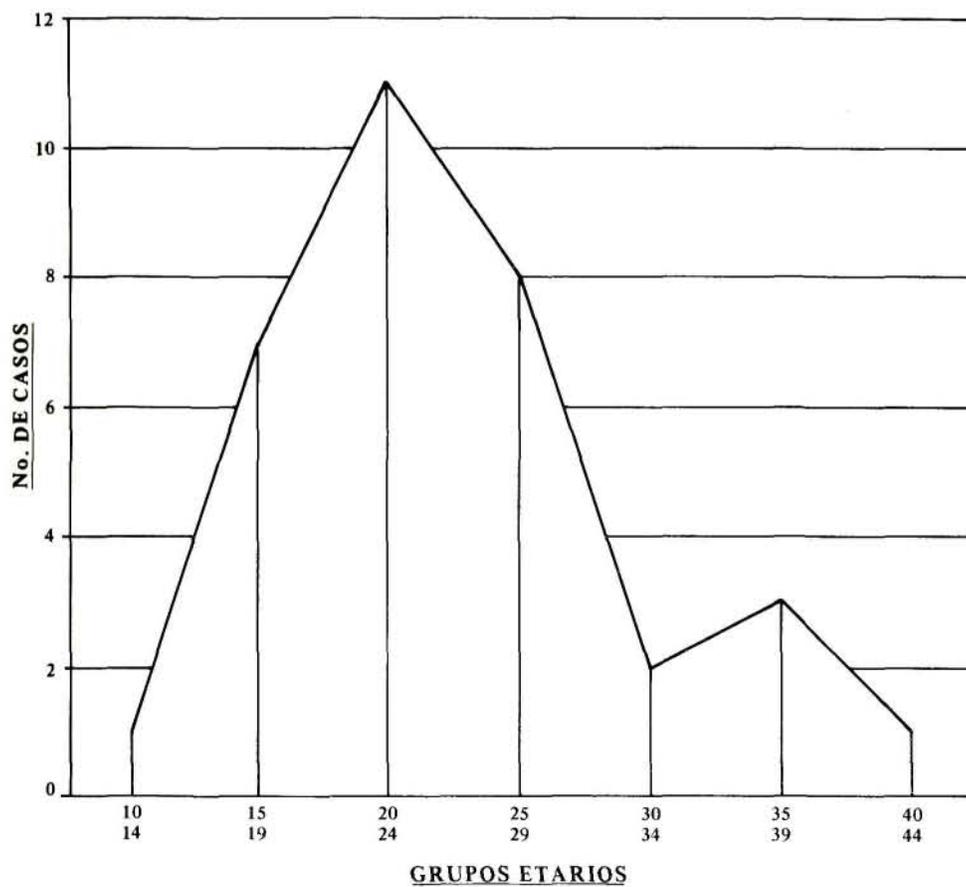
GRAFICA No. 1
 DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL NUMERO DE CASOS
 SEGUN ESTADO CIVIL
 AÑO: 1970 - 75

Cuadro No. 2
DISTRIBUCION DEL NUMERO DE CASOS SEGUN ESTADO CIVIL
DIAGNOSTICO: PSICOSIS POST-PARTO
AÑOS: 1970 - 75

ESTADO CIVIL	NUMERO DE CASOS
TOTAL	33
Solteras	10
Casadas	21
Ignoradas	2

FUENTE: SERVICIO DE REGISTROS MEDICOS
HOSPITAL NACIONAL PSIQUIATRICO

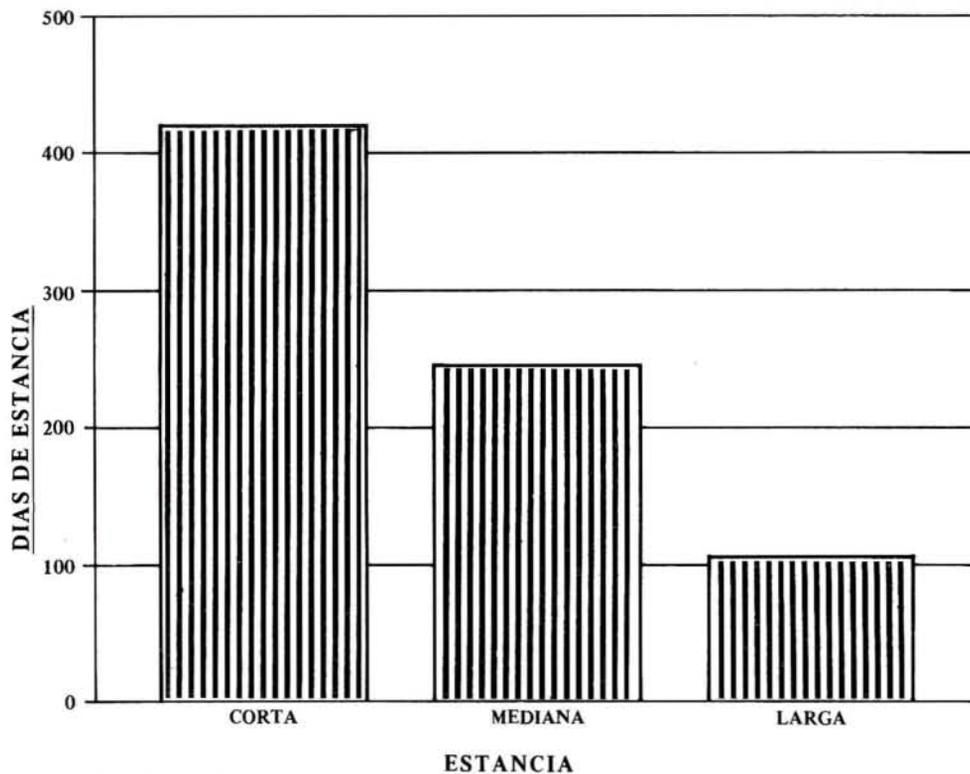
GRAFICA No. 2
NUMERO DE CASOS SEGUN GRUPOS DE EDAD
DIAGNOSTICO: PSICOSIS POST-PARTO
AÑOS: 1970 - 75



Cuadro No. 3
DISTRIBUCION DEL NUMERO DE CASOS SEGUN OCUPACION
DIAGNOSTICO: PSICOSIS POST-PARTO
AÑOS: 1970 - 75

OCUPACIONES	TOTAL
TOTAL	33
Oficios Domésticos	22
Educadores	2
Oficinistas	1
Estudiantes (Educación Sup.)	2
Empleadas Domésticas	3
Ignorada	3

FUENTE: SERVICIO DE REGISTROS MEDICOS
HOSPITAL NACIONAL PSIQUIATRICO

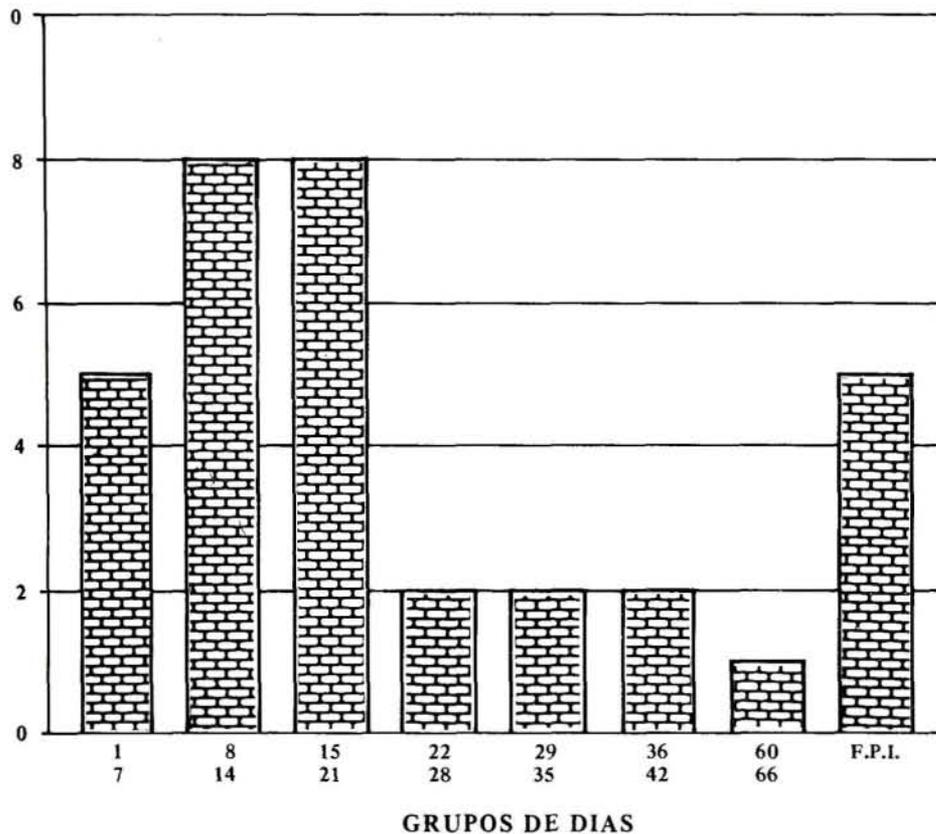


GRAFICA No. 3
NUMERO DE CASOS, SEGUN PERIODOS DE ESTANCIA
DIAGNOSTICO: PSICOSIS POST-PARTO
AÑOS: 1970 - 75

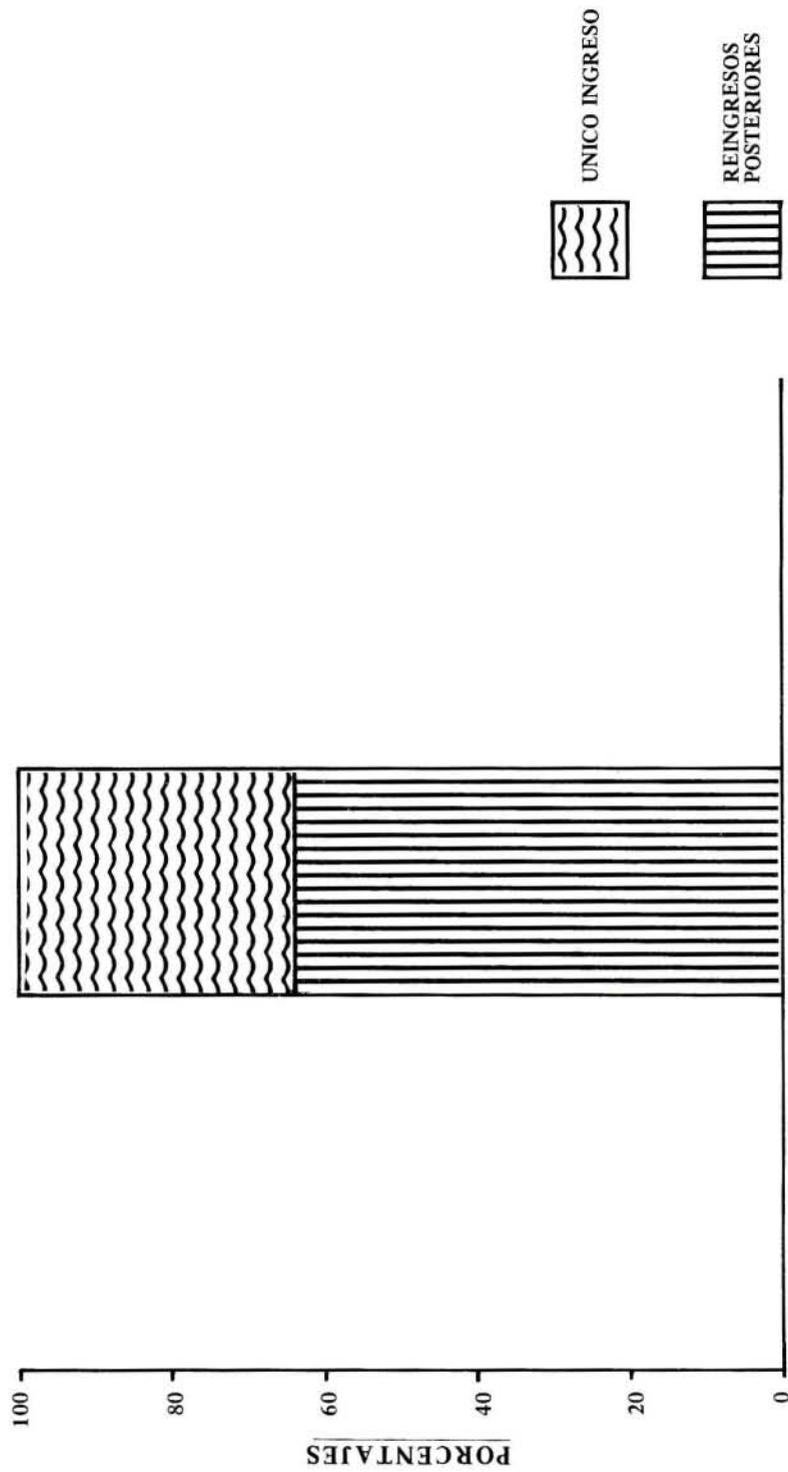
Cuadro No. 4
DISTRIBUCION DEL NUMERO DE CASOS SEGUN GRUPOS ETARIOS
DIAGNOSTICO: PSICOSIS POST-PARTO
AÑOS: 1970 - 75

GRUPOS ETARIOS	NUMERO DE CASOS
TOTAL	33
10 - 14	1
15 - 19	7
20 - 24	11
25 - 29	8
30 - 34	2
35 - 39	3
40 - 44	1

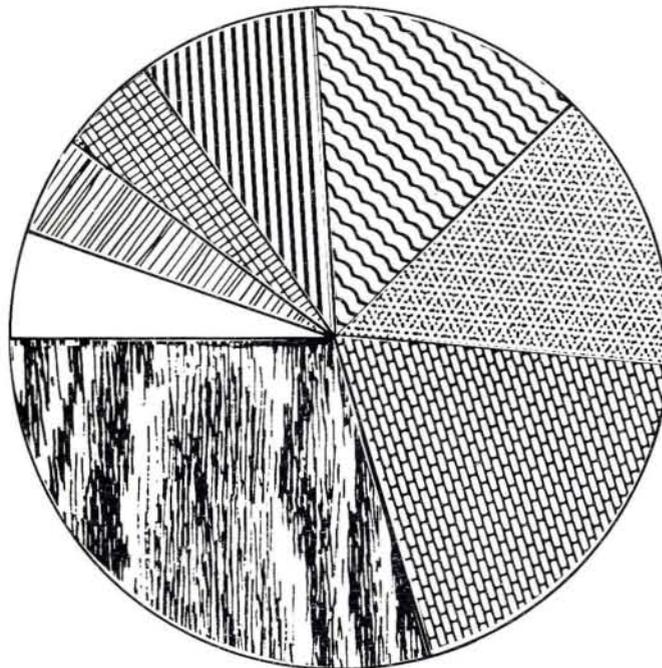
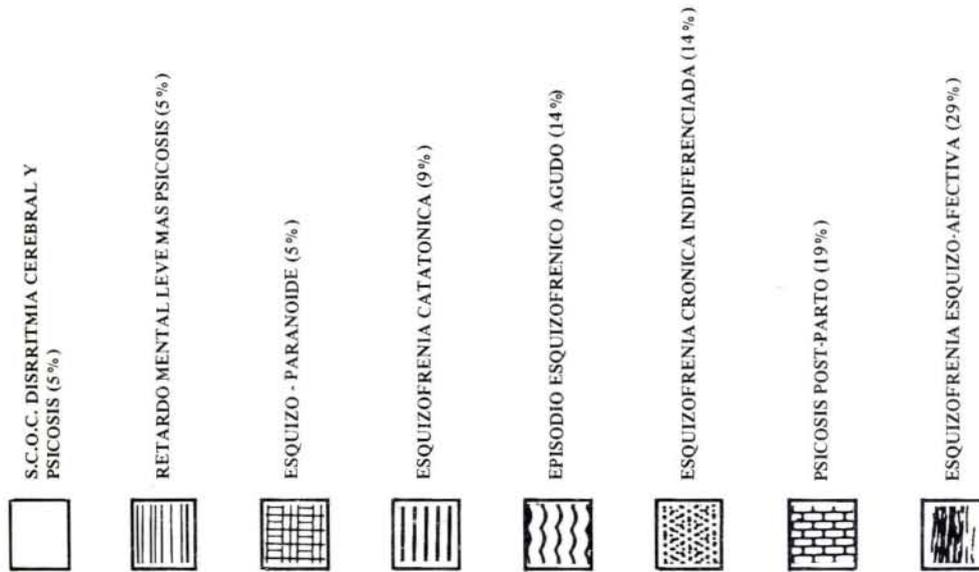
FUENTE: SERVICIO DE REGISTROS MEDICOS
HOSPITAL NACIONAL PSIQUIATRICO



GRAFICA No. 4
NUMERO DE CASOS, SEGUN DIFERENCIA DE GRUPOS DE DIAS
ENTRE FECHA PARTO Y FECHA DE INGRESO
DIAGNOSTICO: PSICOSIS POST-PARTO
AÑOS: 1970-75



GRAFICA No. 5
 DISTRIBUCION PORCENTUAL DE PACIENTES
 SEGUN: PRESENCIA DE REINGRESOS POSTERIORES
 DIAGNOSTICO: PSICOSIS POST-PARTO
 AÑOS: 1970 - 75



GRAFICA No. 6
 DISTRIBUCION PORCENTUAL DE REINGRESOS
 SEGUN: EVOLUCION HACIA OTROS DIAGNOSTICOS
 DIAGNOSTICO: PSICOSIS POST-PARTO
 AÑOS: 1970 - 75

Cuadro No. 6

**DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL NUMERO DE CASOS
SEGUN NIVEL EDUCACIONAL
DIAGNOSTICO: PSICOSIS POST-PARTO
AÑOS: 1970 – 75**

NIVEL EDUCACIONAL	TOTAL	%
<u>TOTAL</u>	<u>33</u>	<u>100</u>
Primaria Incompleta	16	49
Primaria Completa	8	24
Secundaria Incompleta	1	3
Secundaria Completa	2	6
Educación Superior	3	9
Ignorados	3	9

Cuadro No. 7

**DISTRIBUCION DEL NUMERO DE CASOS, SEGUN PERIODOS DE ESTANCIA
DIAGNOSTICO: PSICOSIS POST-PARTO
AÑOS: 1970 – 75**

PERIODOS DE ESTANCIA	EGRESOS	ESTANCIAS	\bar{X} ESTANCIAS
<u>TOTAL</u>	<u>33</u>	<u>769</u>	<u>23</u>
Corta Estancia	26	417	16
Mediana Estancia	6	247	41
Larga Estancia	1	105	105

NOTA Corta Estancia; paciente que permanece hospitalizado de 1 a 30 días.
Mediana Estancia; paciente que permanece hospitalizado de 31 a 90 días.
Larga Estancia; paciente que permanece hospitalizado de más de 90 días.

FUENTE: Servicio de Registros Médicos
Hospital Nacional Psiquiátrico

Cuadro No. 8
NUMERO DE CASOS EN GRUPOS DE DIAS, TRANSCURRIDOS ENTRE FECHA DE PARTO Y FECHA DE INGRESO A LA INSTITUCION
DIAGNOSTICO: PSICOSIS POST-PARTO
AÑOS: 1970 – 75

GRUPOS DE DIAS	NUMERO DE CASOS
<u>TOTAL</u>	<u>33</u>
1 – 7	5
8 – 14	8
15 – 21	8
22 – 28	2
29 – 35	2
36 – 42	2
60 – 66	1
FECHA DE PARTO IGNORADA	5

Cuadro No. 9
DISTRIBUCION DEL NUMERO DE CASOS, SEGUN PRESENCIA O AUSENCIA DE LOS SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO
DIAGNOSTICO: PSICOSIS POST-PARTO
AÑOS: 1970 – 75

SERVICIOS AUXILIARES DE DIAGNOST. Y TRATAMIENTO	PRESENCIA O AUSENCIA			
	AUSENCIA	PRESENCIA	NORMAL	ANORMAL
Electroencefalogramas	28	5	3	2
Test. Psicológicos	32	1	—	—
V.D.R.L.	7	26	24	2
T.E. Convuls.	12	21	—	—

Cuadro No.10
DISTRIBUCION DEL NUMERO DE CASOS SEGUN CONDICION DE SALIDA
DIAGNOSTICO: PSICOSIS POST-PARTO
AÑOS: 1970 – 75

CONDICION DE SALIDA	TOTAL
<u>TOTAL</u>	<u>33</u>
Mejorada	28
Traslado a otra Institución de salud	3 *
Fugas	2

* Traslados a Hospital San Juan de Dios, para esterilización Profiláctica.

Cuadro No. 11
DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL NUMERO DE CASOS SEGUN EVOLUCION
POSTERIOR HACIA OTROS DIAGNOSTICOS
DIAGNOSTICO: PSICOSIS POST-PARTO
AÑOS: 1970 – 75

DIAGNOSTICOS	NUMERO DE CASOS	%
<u>TOTAL GENERAL</u>	<u>33</u>	<u>100</u>
<u>UNICO INGRESO</u>	<u>12</u>	<u>36</u>
<u>REINGRESOS POSTERIORES</u>	<u>21</u>	<u>64</u>
Psicosis post partum	4	19
Esquizofrenia Esquizo-Afectiva	6	29
Esquizofrenia Crónica Indiferenciada	3	14
Episodio Esquizofrénico Agudo	3	14
Esquizofrenia Paranoide	1	5
Esquizofrenia Catatónica	2	9
Síndrome Cerebral Orgánico Crónico más		
Disritmia Cerebral y Psicosis	1	5
Retardo Mental Leve con Psicosis	1	5

FUENTE Servicio de Registros Médicos, Hospital Nacional Psiquiátrico

Cuadro No. 12
DISTRIBUCION PORCENTUAL DEL NUMERO DE CASOS SEGUN
SEGUN LUGAR DE PROCEDENCIA
DIAGNOSTICO: PSICOSIS POST-PARTO
AÑOS: 1970 - 75

PROVINCIAS	NUMERO DE CASOS	%o
<u>TOTAL</u>	<u>33</u>	<u>100</u>
San José	17	52
Alajuela	3	9
Cartago	3	9
Heredia	1	3
Guanacaste	1	3
Puntarenas	6	18
Limón	1	3
Ignorados	1	3

FUENTE SERVICIO DE REGISTROS MEDICOS
HOSPITAL NACIONAL PSIQUIATRICO

BIBLIOGRAFIA

- | | |
|---|--|
| <p>1.- FREEDMAN, ALFRED M.; KAPLAN, HAROLD L.; SADOCK, BENJAMIN Y.: Comprehensive Textbook of Psychiatry. Ed. The Williams Wilkins Company, Baltimore, 1976. "Post partum Disorders" pg. 1055-1059, volumen No. 1. Volumen No. 2, pág. 1682-1683.</p> <p>2.- EY, HENRY: Tratado de Psiquiatría. Ed.</p> | <p>Toray Massón S.A., Barcelona 1975. "Psicosis Post parto", pág. 700-704.</p> <p>3.- SOLOMON, PHILIP; PATCH, VERNON D.: Manual de Psiquiatría. Ed. Manual Moderno S.A. México, D.F., 1972. "Psicosis Post parto", pág. 210.</p> <p>4.- CHAMBERLAIN, BOSELMAN BEULAH: Neurosis y Psicosis. Ed. La Prensa, Médica Mexicana, México. "Psicosis Post Partum", pág. 130 y 139.</p> |
|---|--|

Estudio, clasificación, educación y tratamiento del paciente Hipertenso

SERVICIO DE MEDICINA INTERNA HOSPITAL MEXICO, C.C.S.S.

Dr. Carlos A. Sancho Rojas*
Dr. Pablo Mayorga Acuña*
Dr. Alfonso Gómez Avila*
Dr. Carlos Arguedas Chaverri**

DEFINICION

Se define como hipertensión arterial, de acuerdo a la O.M.S., todo paciente que, independientemente de la edad, tenga una diastólica superior a 95 mm. de Hg. y una sistólica de 160 mm. de Hg. y se define como hipertenso "límite" (border-line), al individuo que mantiene en forma sostenida diastólicas entre 85 mm. y 95 mm. de Hg.

Para clasificar al paciente hipertenso, se deben exigir tres tomas de tensión arterial, no consecutivas, con el paciente sentado y en el brazo derecho.

a) ESTUDIO

La historia clínica reviste trascendental importancia en cuanto a los antecedentes heredo-familiares de hipertensión, hipertensión desarrollada con los embarazos, así como la ingesta de estrógenos.

La exploración física del hipertenso debe constar de un fondo de ojo hecho por el mismo explorador, según la clasificación de Keith Wagner Barker, de I a IV; y palpación auscultación cardíaca cuidadosa, lo mismo que la auscultación y palpación simétrica de los pulsos periféricos.

*Asistentes de Medicina, Servicio de Medicina, Hospital México, C.C.S.S., Profesores Ad-Honorem Facultad de Medicina, U. de Costa Rica.

**Asistente de Medicina, Servicio de Medicina, C.C.S.S., Profesor Asociado Facultad de Medicina, U. de Costa Rica.

En lo que respecta a métodos auxiliares de diagnóstico en laboratorio, se estudiará:

1) Función renal: sedimento urinario, aclaramiento endógeno de creatinina.

2) Función cardíaca: ECG. y Rx. tórax PA

3) Electrolitos: Na y K.

4) Metabolismo intermedio: glicemia, ácido úrico, colesterol y triglicéridos.

Debemos aclarar que desde hace diez años ha sido infructuosa, en nuestro Hospital, la búsqueda del hiperaldosteronismo primario, representado por hipertensión e hipokalemia.

En nuestra experiencia, que se une a la internacional, el rendimiento del pielograma intravenoso minutado es muy pobre y creemos, aparte del riesgo y la carestía que el método conlleva, no tiene justificación en la actualidad en el estudio del paciente con hipertensión arterial esencial.

La simplicidad de estos estudios nos indica que pueden ser realizados en todo el territorio nacional y su costo promedio es de ₡170.00 (ciento setenta colones), o sea, \$19.00 (diecinueve dólares).

b) CLASIFICACION

En base al estudio, la posición de nuestro grupo es que el paciente debe ser clasificado de acuerdo a los efectos producidos en los órganos "blancos" y no simplemente a "cifras algebraicas".

1) Hipertensión de riesgo bajo.

Incluye a los individuos con hipertensión arterial alternante, que tiene fondo de ojo, creatinina, ECG. y Rx. tórax, normales.

2) Hipertensión de riesgo moderado.

Agrupar a los individuos que muestran diastólicas elevadas en forma sostenida, con fondo de ojo grado I a II (K.W.B.), creatinina normal y sin evidencia electrocardiográfica o radiológica de crecimiento de ventrículo izquierdo.

3) Hipertensión arterial de riesgo alto.

Se define así al paciente que muestra fondo de ojo grado II en adelante; creatinina por encima de 1 mgr.%, ECG. y Rx. de tórax con crecimiento del ventrículo izquierdo.

A continuación se enumera la clasificación usada tradicionalmente y muy difundida, que cataloga al paciente algebraicamente y que no le notifica al clínico, en absoluto, el estado del riesgo en que se encuentra el individuo y que nuestro grupo considera poco adecuada:

- I) Hipertensión arterial leve: 95-104.
- II) Hipertensión arterial moderada 105-114.
- III) Hipertensión arterial moderadamente severa: 115-130.
- IV) Hipertensión arterial severa: de 130 en adelante.

c) EDUCACION DEL PACIENTE

Este es para nosotros uno de los puntos fundamentales por el abandono del tratamiento. Creemos que la educación del paciente debe ser individual y no masificada.

La educación debe ser integral, comprendiendo no sólo la ingesta de sus medicamentos, los pro y los contra, sino también la corrección de todos los factores de riesgo de su enfermedad:

- a) Restricción de la ingesta de sal.
- b) Reducción ponderal.
- c) Eliminación del hábito tabáquico.
- d) Corrección de desórdenes metabólicos agregados como: hiperlipidemia, hiperuricemia e hiperglicemia.

Para ello contamos con un folleto educativo, en donde el paciente se instruye sobre lo que es su enfermedad, las repercusiones que ésta le puede ocasionar, la importancia del tratamiento y los efectos colaterales que los medicamentos pueden ocasionarle.

Es por esta razón, que la relación médico-paciente debe ser siempre estrecha y positiva.

d) TRATAMIENTO

1) Prevención.

Es importante señalar que la hipertensión

arterial puede ser previsible en grupos que están en riesgo de padecerla, como son:

- a) Hijos o hermanos de hipertensos
- b) Mujeres hijas de hipertensos que van a ingerir contraceptivos.
- c) Mujeres que desarrollan hipertensión arterial durante el embarazo y que se pretende hacerlas planificar con contraceptivos.
- d) Mujeres que hagan edema clínico idiopático, no deben tomar contraceptivos.

El punto fundamental y final de la recomendación de la prevención es que, el cloruro de sodio, que ha hecho tan apetecibles nuestros alimentos, en nada beneficia al ser humano en lo que respecta a hipertensión arterial.

2) Tratamiento medicamentoso.

- a) Hipertenso de bajo riesgo (hipertenso lábil o emocional) e hipertenso límite (border-line).

Como ha sido consagrado en la literatura, un porcentaje de ambos grupos de pacientes, puede evolucionar, a mediano riesgo, e incluso a alto riesgo. La posición de nuestro Grupo es que a este tipo de pacientes, se les debe restringir la sal; si es muy ansioso, usar una Benzodiazepina 5-10 mgr. por día (tipo Diazepán) y en caso de que la "crisis" de bajo riesgo se repita con frecuencia, la medida usual es la hidroclorotiazida en dosis de 50 mgr. a 100 mgr. diario.

Estas poblaciones son las más importantes porque, se vuelve a insistir, no tiene daño en órgano "blanco" y deben ser controladas tres veces por año, o sea, una consulta cada 4 meses.

- b) Hipertenso de moderado riesgo.

En este paciente, nuestro medicamento de elección es la hidroclorotiazida, a dosis de 50 a 100 mgr. diarios, si fracasa, nuestra posición es agregarle un beta-bloqueador tipo propranolol, a dosis de inicio de 80 a 120 mgr. repartida en 2-3 dosis por día; si con esta dosis no se logra efecto, duplicamos (160 a 240 mgr.). Creemos que sobrepasar la dosis de 240 mgr. por día, no da mayor beneficio, aunque en la literatura existen pacientes que han sido tratados con dosis muy altas. Si, por el contrario, el beta-bloqueador fracasa, se sustituye por Guanetidina, 25 a 75 mg. por día, en una sola dosis, o bien, alfa-metil-dopa, 750 mgrs. a 3 grs., repartida en tres dosis al día. Si hay fracaso con el beta-bloqueador, con la guanetidina o el alfa-metil-dopa, la posición es agregar un vasodilatador, tipo hidralazina, a dosis de 50 mgr. dos veces al día, o 100 mgr. dos veces al día;

o bien, indapamida 2.5 a 5 mgr. diarios en una sola dosis; o Prazozima a dosis de 3 a 6 mg. en tres tomas por día.

Este paciente debe ser controlado cada 2 meses.

c) Hipertensión arterial de alto riesgo.

En este grupo, que es difícil en muchas ocasiones y en quienes por definición se incluyen los pacientes con hipertensión acelerada y a pacientes que, inclusive, la evolución de la hipertensión los ha llevado a la cardiopatía isquémica arterioesclerótica, siempre y cuando no haya contraindicaciones, se inicia con un tratamiento triasociado a base de: hidrociorotiazida 50 a 100 mgr.; propranolol 80-120 mgr. de inicio y duplicar a 160-240 mgr. en caso necesario; e hidralazina 100 a 200 mgr. o indapamida 2.5 a 5 mgr.; o bien, prazosima, 3 a 6 mgr., repetido en 3 tomas durante el día; por si hubiese fracaso del esquema, lo lógico es suspender el beta-bloqueador y usar guanetidina a dosis de 25 a 75 mgr., o alfa-metil-dopa, 750 mgr. a 3 grs.

TRATAMIENTO DEL HIPERTENSO SISTOLICO

Aunque la literatura presenta discrepancia en cuanto si este paciente debe ser tratado o no, por ejemplo T.A.200/70, la posición de nuestro grupo es no dar tratamiento a base de medicamentos y sólo restringir la sal.

TRATAMIENTO DEL PACIENTE HIPERTENSO CON INSUFICIENCIA RENAL

Es frecuente encontrar que el médico se confunde ante esta eventualidad, pero se insiste en que la baja de la presión arterial en nada hace progresar a la insuficiencia renal, como se creía. El único cuidado que debe tenerse es cambiar el diurético tiazídico por la furosemide en los esquemas, a dosis de 40 a 120 mgr. por día.

TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL EN EL EMBARAZO

En relación a hipertensión y embarazo, en nada debe diferenciarse su tratamiento de lo expuesto; salvo que existen drogas que no deben ser empleadas en la mujer embarazada: uno, los beta-bloqueadores y la reserpina, por informes respecto a trastornos en el psicodesarrollo del infante, o "teratogenicidad del comportamiento" y otro, la guanetidina, por las posibilidades de infartos placentarios.

CLONIDINA Y RESERPINA

La clonidina es una buena droga, con excelente experiencia en Europa, pero que en nuestro medio no se ha empleado suficientemente para que se pueda dar una opinión autorizada. Sin embargo, es un droga que puede usarse en cualquier esquema de tratamiento.

En cuanto a la reserpina, nuestra posición es de que ha habido una gran injusticia en cuando a su abandono terapéutico. Los aspectos de depresión en los grandes estudios norteamericanos, no han sido mejores con esta droga que con cualquiera otra y la incidencia de carcinoma de mama tampoco ha tenido una demostración fehaciente. Tiene la extraordinaria ventaja de su dosis y su costo.

CONCLUSIONES

- 1) La hipertensión arterial es un problema de salud pública en nuestro país.
- 2) La atención del paciente hipertenso no necesita de "médicos especialistas en hipertensión arterial" y debe ser del dominio del médico general, para que tenga un enfoque integral.
- 3) La detección, diagnóstico, estudio y tratamiento del hipertenso en nuestro país, debe ser sectorizada a cada región programática.
- 4) Creemos que en el tratamiento existen dos aspectos fundamentales: a) la relación médico-paciente y b) la educación del paciente.
- 5) El médico debe aprender a minimizar los efectos secundarios que el paciente dice le provocan las drogas, en contraposición a los beneficios que se derivan de ellos.
- 6) Ningún esquema terapéutico debe abandonarse antes de 8 semanas de prueba.
- 7) Se interpreta como fracaso terapéutico, el hecho de que la diastólica no logre ser llevada a cifras inferiores a los 95 mm. de Hg.
- 8) Los parámetros de estudios clínicos y paraclínicos deben ser repetidos cada año.
- 9) Todo este esfuerzo en el paciente hipertenso, podría malograrse por pérdida del paciente, al no tener un médico que periódicamente sea el encargado de su tratamiento integral que, repetimos, jamás debe espaciarse más de 8 semanas, por lo cual recomendamos establecer

CLASIFICACION, ESTUDIO Y TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSION ARTERIAL

CLASIFICACION – O.M.S.:

Hipertension arterial: diastolicas mayores a 95 mm.Hg. Sistolicas mayores a 160 mm.Hg.
 Hipertension arterial border-line: diastolicas sostenidas mayores a 85–95 mm.Hg.

CLASIFICACION FUNCIONAL

Bajo riesgo	Riesgo moderado	Riesgo alto
HTA. alternante	Presion diastolica sostenidamente elevada.	Presion diastolica elevada
F.O. normal	F.O. grado I–II.	F.O. grado II en adelante
Creatinina normal, ECG. normal	Creatinina normal, ECG. normal.	Creatinina alta.
Rx. torax normal.	Rx. torax normal.	ECG.: crecimiento ventriculo izquierdo
		Rx. torax: crecimiento ventriculo izdo.

ESTUDIO DEL PACIENTE HIPERTENSO

I. Historia clinica:	II. Examen fisico	III. Métodos auxiliares de laboratorio
a) Anteced. de hipertension	a) Fondo de ojo hecho por el explorador.	a) Función renal: 1. Sedimento urinario
b) Ingesta de estrógenos	b) Auscultación y palpación cardiaca y abdominal.	2. Aclaramiento end.creatinina
c) Hipertension desarrollada durante el embarazo.	c) Palpación simétrica de pulsos periféricos.	b) Función cardíaca: 1. ECG. 2. Rx. torax tele PA y L.
		c) Otros: 1. Electrolitos en plasma, Na, K. 2. Glicemia 3. Acido urico 4. Colesterol y triglicéridos.

TRATAMIENTO

I. Bajo riesgo

1. Restricción ingesta sal
2. Benzodiazepina 5-10 mg./día
3. Hidroclorotiazida: 50-100 mg. por día.

Control cada 4 meses.

II. Moderado riesgo

1. Hidroclorotiazida: 50-100 mg. por día.
2. Propranolol, si falla(1), 80 a 120 mg./día en 3 dosis. Se puede duplicar a 160-240 mg.
3. Guanetidina, si falla(2) a 25-75 mg./día, una toma, o
4. Alfametildopa, 750-3 g./día, en 3 tomas.
5. Hidralazina 50-100 mg. una o dos veces al día si falla (2) (3) (4).
6. Indapamina en lugar de (5), 2.5-5 mg./día en una toma
7. Prazozima en lugar de (5) (6) dosis de 3-6 mg./día en 3 tomas.

III. Alto riesgo

1. Tratamiento triasociado:
 - a) Hidroclorotiazida 50-100 mg. por día.
 - b) Propranolol 80-120 mg./día de inicio. Duplicar 160-240 en caso necesario.
 - c) Hidralazina 100-200 mg./día.
 - d) Indapamina 2.5-5 mg./día en lugar de (c)
 - e) Prazozima 3 a 6 mg./día en 3 tomas en lugar de (d).

Si falla el esquema, se suspende el betabloqueador y se usa guanetidina 25-75 mg./día o alfametildopa, 750 mg. a 3 gr./día en 3 tomas.

IV. HTA. SISTOLICA:

Restricción de sal

V. HTA. E INSUFICIENCIA RENAL:

Debe sustituirse la hidroclorotiazida por furosemide.

V. HTA. Y EMBARAZO:

No usar:

- a) Betabloqueadores
- b) Guanetidina

un sistema de control, en el cual el médico tratante pueda localizar a sus pacientes y un mecanismo por medio del cual la farmacia informe del retiro o no de los medicamentos.

Para que el lector pueda consultar los puntos controversiales de este apasionante tema, se agregan al final las siguientes citas bibliográficas.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- ANDERSSON, D.; BERGLUND, O.; HANSSON, L.; SONNERSTEDT, R.; SILVERSSON, R.; WISKSTRAND, J.; WILHELMSEN, L.: Organization and efficacy of an Out-patient hypertension clinic. *Act. Méd. Scand.*, 203:391,1978.
- 2.- ALHENE-GELOS, F.; PLOVIN, P.; DUCROC, M.; CARVOL, P.; MENORD, D.: Comparisson of the antihypertensive and hormonal effects of a cardioselective beta-bloeker, acebutalol and diuretics in essential hypertension. *Am. J. Med.*, 64:1005, 1978.
- 3.- ARGUEDAS, C.: Hipertensión arterial esencial. Aspectos clínicos, *Act. Méd. Cost.*, 20: 331, 1977.
- 4.- BEILEY, R.: Problems in the management of hypertension, *Drugs* 4 (Cap. I) 70, 1976.
- 5.- DOYLE, A.: Use of B-adrenoreceptor blocking drugs in hypertension, *Drugs* 8: 422, 1974.
- 6.- DUSTAN, H.; TARAZI, R. BRAVO: Diuretic and diet treatment of hypertension, *Arch. Int. Med.*, 133:1007,1974.
- 7.- FREIS, E.: The clinical spectrum of essential hypertension, *Arch. Int. Med.*, 133:983,1974.
- 8.- FROLICH, E.: Hypertension 1973: Treatment Why and How, *Amer. Int. Med.*, 78: 717, 1973.
- 9.- HANSON, L.; WEKO, L.: Beta-adrenergic blockade in hypertension, *Amer. Heart. J.*, 93:394,1977.
- 10.- GALLOWAY, D.; GLOVER, S.; HENDRY, W.; LOGIE, A.; PETRIE, J.; SMITH, M.; LEWIS, J.; SIMPSON, W.: Propranolol in hypertension a dose response study, *Brit. Med. J.* 2:140,1976.
- 11.- GIFFORD, R.: Management Hypertension. *Post. Grad. Med.*, 61:153, 1977.
- 12.- GIFFORD, R.; TARAZI, R.: Resistant Hypertension: Diagnosis and management, *Ann. Int. Med.*, 88: 661, 1978.
- 13.- KINCAID, SMITH P.: Management of severe hypertension, *Amer. J. Card.* 32:175, 1973.
- 14.- KINCAID, SMITH P.: The treatment of resistant hypertension, *Drugs* 11 (Supl1). 78, 1976.
- 15.- KOCK-WESER, J.: Vasodilatador drugs in the treatment of hypertension. *Arc. Int. Med.*, 133:1027,1974.
- 16.- KELLAWAY, G.: Adverse drug reaction during treatment of hypertension, *Drug* 11 (Supl.1) 91, 1976.
- 17.- LARAGH, J.: Oral contraceptives hypertension. *Post. Grad. Med.*, 52:98,1972.
- 18.- LEWIS, P.; OPTEL, A.; BENDEY, O.; BOLORS, R.: Do drugs acting on the nervous system affect cell proliferation in the developing braing? *Lancet* 1:399,1977.
- 19.- TARAZI, R.; DUSTAN, H.; FROLICH, E.: Long term Thiazide therapy in essential hypertension, *Circulation* 51:709,1970.
- 20.- MILLIEZ, P.; TCHENKOFF, P.: Antihypertensive activity of a new agent, Indapamide: a double blind study *Current. Med. Res. Op.* 3:1,1975.
- 21.- PAGE, L.; SIDD, J.: Medical management of primary hypertension, *New Engl. J. Med.*, 287:960,1972.
- 22.- VETERANS ADMINISTRATION COOPERATIVE STUDY GROUP ON ANTIHYPERTENSIVE AGENT, Effects of treatment on morbidity hypertension, *JAMA* 202: 1028,1967.
- 23.- VETERANS ADMINISTRATION COOPERATIVE STUDY GROUP ON ANTIHYPERTENSIVE AGENT, Effects of treatment on morbidity hypertension, *JAMA* 213: 1143, 1970.
- 24.- WOODS, J.: Oral contraceptives an hypertension, *Lancet* 2:653,1967.
- 25.- WEIR, R.: Blood pressure in Women After one of oral contraception, *Lancet* 1:467, 1971.
- 26.- ZOCEST, R.; GILMORE, E.; KOCH-WESER, J.: Treatment of essential hypertension with combined vasodilatation ad beta-adrenergic blockade, *New Eng. J. Med.*, 286: 617,1972.
- 27.- ZACHARIAS, F.; COWEN, K.; PRESTT, J.; WALL, B.: Propranolol in hypertension, A study of long term therapy 1964-1970, *Amer. Heart. J.*, 83:755,1972.