

¿Cómo educar a mi paciente hipertenso? ¿Qué debe saber?

Alberto S. Villamil

Jefe Sección Hipertensión Arterial Hospital Dr. Cosme Argerich (GABA).
Jefe Sección Hipertensión Arterial Instituto Cardiovascular de Buenos Aires
Presidente Fundapres
Buenos Aires, Argentina.

Introducción

La hipertensión arterial esencial comparte junto a la diabetes mellitus, dislipidemia, hiperuricemia, entre otras entidades, la característica de su cronicidad. La misma esta dada por el hecho que todas ellas son entidades clínicas controlables pero no curables, y por ende una vez diagnosticadas, su tratamiento se extiende a lo largo de toda la vida. Ello presupone para el paciente la necesidad de modificar en mayor o menor grado diferentes hábitos de vida y probablemente el recibir medicación crónica.

Particularmente, la hipertensión arterial plantea un desafío aún mayor toda vez que reviste la calidad de entidad asintomática, lo cual resulta en una mayor dificultad para el sujeto en cuanto a la aceptación de la enfermedad y la necesidad de recibir tratamiento por 10, 20 o 50 años.

¿Cómo puede alguien que se siente bien, aceptar que esta enfermo, que su expectativa de vida se acorta y que debe invertir tiempo, dinero y modificar hábitos de vida para preservar su salud?

La primera respuesta es crear la conciencia colectiva (poblacional) acerca del peligro que implica la elevación de la presión arterial en la salud humana. Términos como "factor de riesgo para enfermedad cardiovascular", conllevan no solo una definición médica, sino que crean en los individuos la percepción de un riesgo que los amenaza en forma directa. En este sentido, mucho se ha avanzado en los últimos años, pero mucho más es lo que se debe avanzar en el corto y largo plazo. De hecho, tanto en nuestro país como en Estados Unidos (Tabla 1), el grado de conocimiento, tratamiento y control estable de la hipertensión arterial han paulatinamente mejorado en las últimas décadas, pero con una clara tendencia al estancamiento, particularmente notable en los últimos años.

Tendencia en Conocimiento, Tratamiento y Control de la HTA Adultos USA, 1976-94

	NHANES II (1976-1980)	NHANES III (Fase I) (1988-1991)	NHANES III (Fase 2) (1991-1994)
Conocimiento (TF ≥ 140 o ≥ 90)	51%	73%	68.4%
Tratamiento	31%	55%	53.6%
Control (<140 o <90)	10%	29%	27.4%


Joint National Committee VI, Noviembre 1997

Curso de Medición
de la Presión Arterial



Tabla 1

La Tabla 2, tomada del Consenso Latinoamericano sobre hipertensión arterial, nos ilustra la situación en el ámbito de nuestro subcontinente. En ella puede advertirse que, con algunas diferencias, todos los países del área comparten similar desafío en el desarrollo de la Salud Pública.



Prevalencia, conocimiento, tratamiento y control de la HTA en Latinoamérica

País	Prev. %	Conoc. %	Trat. %	Control. %
Argentina	28.1	54	42	14.3
Brasil	26.8	50	30	10
Chile	22.8	43	26.1	8.2
Ecuador	28.7	41	23	6.7
México	26.5	28	38	22
Paraguay	30.5	33.5	18.3	7.8
Perú	22	40	20	10
Uruguay	33	68	42	11
Venezuela	32.4	47	37	8.5

J of Hypertens (esp) 2001, vol 6, No 2

Tabla 2

¿Es este un problema de la autoridad sanitaria, de los agentes de salud incluyendo a médicos, enfermeras, asistentes sociales, sanitaristas, sociólogos, comunicadores sociales, etc., o bien incluye a la población en su conjunto?

La respuesta es clara: "A problemas globales, soluciones globales".

En las siguientes líneas iremos desglosando la participación de todos estos estamentos en la responsabilidad del cuidado de la salud de nuestra comunidad.

Estrategias educativas

Toda entidad crónica requiere de una amplia y continua colaboración del paciente en su tratamiento, para lo cual resulta imprescindible que tenga el máximo posible de información acerca de su padecimiento. Un ejemplo a destacar e imitar, es el de los diabéticos, que son educados meticulosamente e instruidos acerca de su enfermedad, a lo largo y ancho de nuestro país. En el caso de la diabetes mellitus, los logros alcanzados devienen del trabajo mancomunado de instituciones científicas, diversas organizaciones no gubernamentales, equipos de médicos, nutricionistas, educadores, ministerios y secretarías de salud nacionales y provinciales, direcciones hospitalarias, etc., confirmando que sólo el trabajo en equipo y a largo plazo, permite lograr resultados satisfactorios.

Entrando en la problemática del paciente hipertenso, la primera definición es que su educación debe ser lo más completa posible, abarcando distintos aspectos de su enfermedad. En términos generales la información brindada debe orientarse hacia aspectos positivos y no hacia el temor, ya que este último frecuentemente genera rechazo o negación de la enfermedad. Paralelamente se recomienda una visión amplia orientada hacia la prevención cardiovascular tanto del paciente como de su familia.

Algunas cuestiones puntuales requieren énfasis.

Dr, ¿Qué es la hipertensión arterial?

Muchos de nuestros pacientes aún creen que la elevación de su presión arterial es un hecho fortuito relacionado a las tensiones de la vida diaria. Lamentablemente muchos colegas e informaciones vertidas

equivocadamente en medios masivos de comunicación han reforzado este concepto.

Posiblemente, el primer y más difícil desafío en la educación de los hipertensos esenciales es precisamente, el lograr que comprendan que esta entidad es el resultado de la expresión, en algún momento de la vida, de una carga genética predisponente, y que los factores ambientales que la desencadenan son múltiples.

Esta visión de la hipertensión arterial conlleva un elemento adicional, cual es la exposición de los hijos del paciente hipertenso a desarrollar hipertensión arterial en el futuro. Pocos médicos y aún menos pacientes tienen claro la necesidad de actuar en sus hijos desde edad temprana, a fin de evitar o postergar la aparición clínica de la enfermedad. Se ha confirmado que hábitos de vida sanos incluyendo dieta baja en grasas y sodio, y ricas en frutas, verduras y hortalizas, en conjunto con el mantenimiento de un peso corporal normal y la práctica regular de ejercicio físico, no solo constituye una parte esencial del tratamiento del paciente hipertenso, sino también una excelente forma de prevención en sus descendientes directos.

Por ello, la indicación de tratamiento antihipertensivo no queda restringida al propio paciente, sino que los cambios en la alimentación, ejercicio físico y demás hábitos de vida, deben ser indicadas al conjunto del grupo familiar. De hecho, en nuestra práctica rutinaria siempre solicitamos a un paciente adulto a que concorra en la siguiente visita de control junto a su cónyuge a fin de comprometer al núcleo familiar en el cuidado de la salud de todos sus integrantes.

La indicación de una dieta restringida en sodio, grasas y calorías a un paciente hipertenso es una práctica rutinaria, pero en una mayoría de los casos no es adecuadamente seguida por el paciente. En parte ello es debido a que se prepara alimentos para el resto de la familia diferente a la oferta culinaria para el paciente. Esta visión está en la práctica diaria condenada al fracaso.

Una aproximación más lógica resulta del considerarse que la dieta indicada a nuestro paciente, es básicamente una dieta sana, y por lo tanto puede ser administrada al conjunto del grupo familiar ya sea como tratamiento (para aquellos miembros hipertensos), o bien como prevención (para aquellos miembros aún normotensos). Si toda la familia come mejor, el beneficio es más amplio y se facilita el cumplimiento de la dieta a quienes más lo necesitan.

La experiencia local e internacional confirma que la aproximación al cuidado integral de la familia resulta mucho más exitosa, que la simple indicación dietaria a un paciente en forma aislada.

¿Cuántos adultos conocen la presión arterial de sus hijos?

La realidad demuestra que muy pocos padres y médicos pediatras controlan la presión arterial de niños y adolescentes, pese a que diversos estudios han demostrado que la prevalencia de valores anormales de presión arterial a edad temprana es elevada. Se recomienda enfáticamente indicar el control anual o bianual de todos los hijos de hipertensos, independientemente de su edad.

Un método de difusión sencillo es el colocar carteles en áreas visibles con una leyenda de este tipo: "¿Sabía Ud. que sus hijos pueden ser hipertensos? Contróuelos".

Algunas acciones exitosas en otros países están siendo progresivamente adoptadas en nuestro medio. A modo de ejemplo, la Fundación Cardiológico Argentina, órgano comunitario de la Sociedad Argentina de Cardiología, está desarrollando a lo largo de todo el país, el programa "Educando", que consiste en la formación, en el área cardiovascular, de los docentes que actúan en las escuelas primarias y secundarias, a fin de transformarlos en educadores en salud de la población escolar, y por esta vía (los niños) generar cambios de pautas de conducta en sus respectivas familias. La educación para la salud no empieza con el individuo enfermo, ni siquiera en el adulto sano, sino que debe empezar en el jardín de infantes, según demuestran experiencias previas en todo el mundo.

¿Dr, mi presión está loca?

Este es otro motivo frecuente de consulta o al menos una preocupación adicional en el sujeto hipertenso.

Nuestra población no tiene conciencia del fenómeno de la variabilidad de la presión arterial, y frecuentemente resulta difícil explicar las significativas fluctuaciones que la presión arterial muestra a lo largo del día.

Una forma práctica de educación consiste en informar al paciente que a razón de una frecuencia cardíaca de 60 o 70 latidos por minuto, en una hora esta persona tiene 3.600 o 4.200 latidos/hora y en 24 hs, 86.400 o 100.800 latidos/día. Más allá de cierto grado de perplejidad del paciente acerca de la cantidad normal de latidos cardíacos por día, ahora resultará más sencillo que comprenda que la presión arterial cambia con cada latido cardíaco, resultando que el sujeto tiene por lo tanto 80.000 o quizás 100.000 presiones distintas

cada día. Asimismo, resultará más sencillo explicar que toda actividad humana como despertar, hablar, trabajar, discutir, comer, caminar, ver TV, la vida familiar, el sexo, dormir, etc, modifican significativamente la presión arterial de momento a momento, y por ende un registro aislado de presión arterial no necesariamente representa la presión habitual del individuo. (Tabla 3, Figura 1).

Actividades Corrientes y Variación de la Presión Arterial (en relación al reposo)

Actividad	Variación de PAS/PAD (mmHg)
• Dormir	-15 / -12
• Relajación, descanso	0 / 0
• Ver TV	0-1 / 0-1
• Leer	2 / 2
• Trabajo en escritorio	6 / 5
• Comer	9 / 9
• Permanecer sentado sin apoyo dorsal	10 / 10
• Conversar, vestirse	12 / 10
• Caminar, manejar un vehículo, trabajar	15 / 10
• Entrevista médica	20 / 10
• Ejercicio aeróbico	30-70 / 0-5
• Ejercicio isométrico	30-70 / 10-20
• Dolor, ansiedad, temor, pánico, exposición frío	30-70 / 10-30
• Defecación (maniobra de Valsalva)	-80 a +50 / -40 a +20
• Coito	hasta 120 / 50

Modificado de T. Pickering, Ambulatory Monitoring and Blood Pressure Variability, 1991

Curso de Medición de la Presión Arterial

Tabla 3

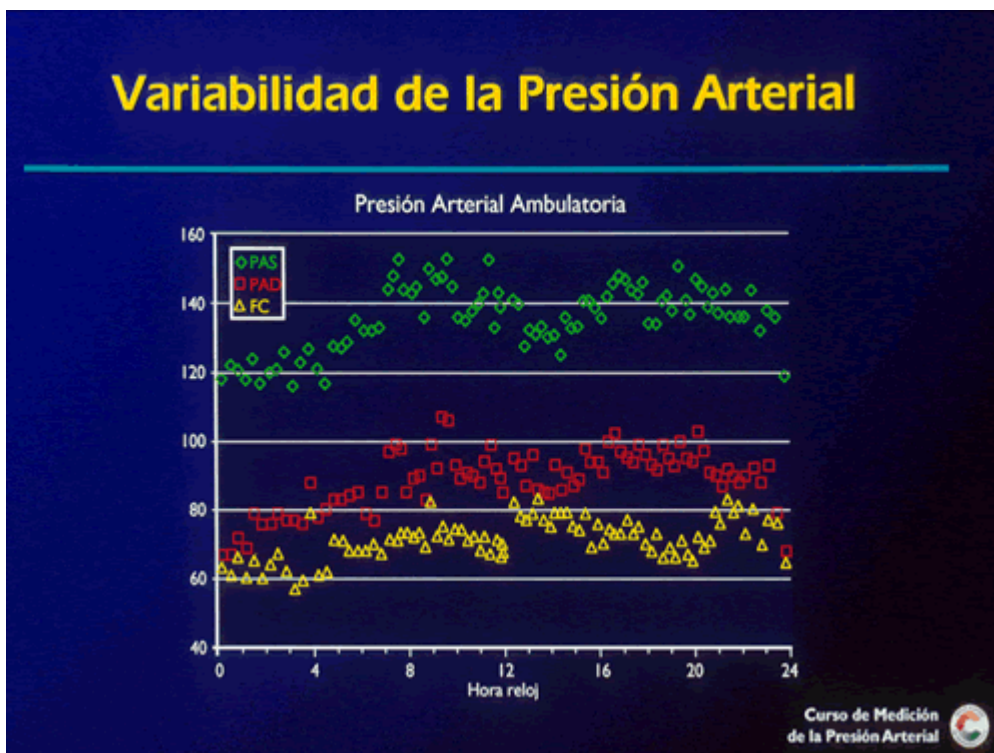


Figura 1

Esta secuencia educativa nos lleva a otro punto importante. El fenómeno de la variabilidad de la presión arterial durante su medición. Es bien conocido que por un efecto de consultorio o de guardapolvo blanco (Figura 2 y 3), o bien por el mero hecho de la colocación de un brazalete en el brazo, la presión arterial se modifica, y con frecuencia lo puede hacer de forma significativa.

Fenómeno de Alerta o de Guardapolvo Blanco

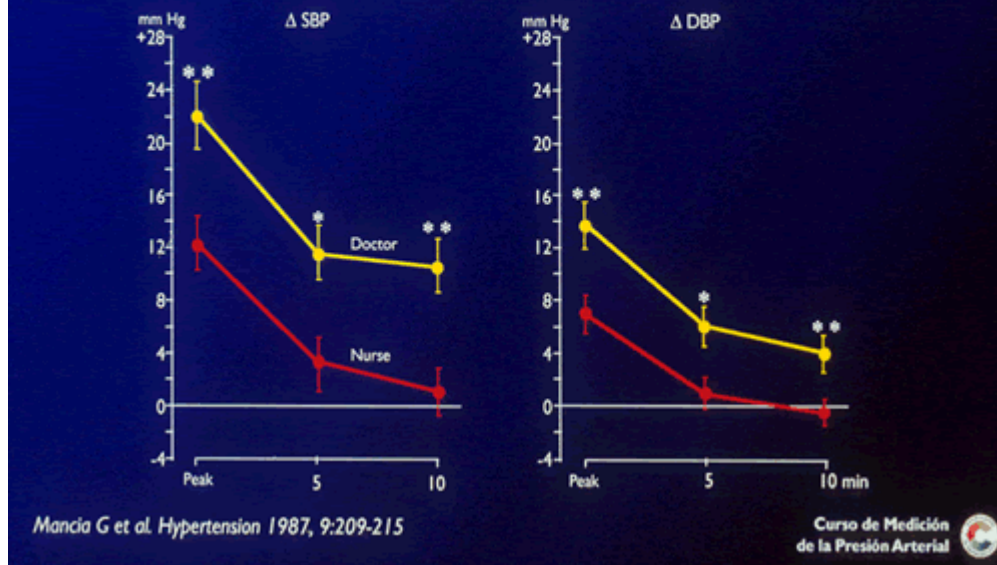


Figura 2

Posición del Examinador y del Equipo

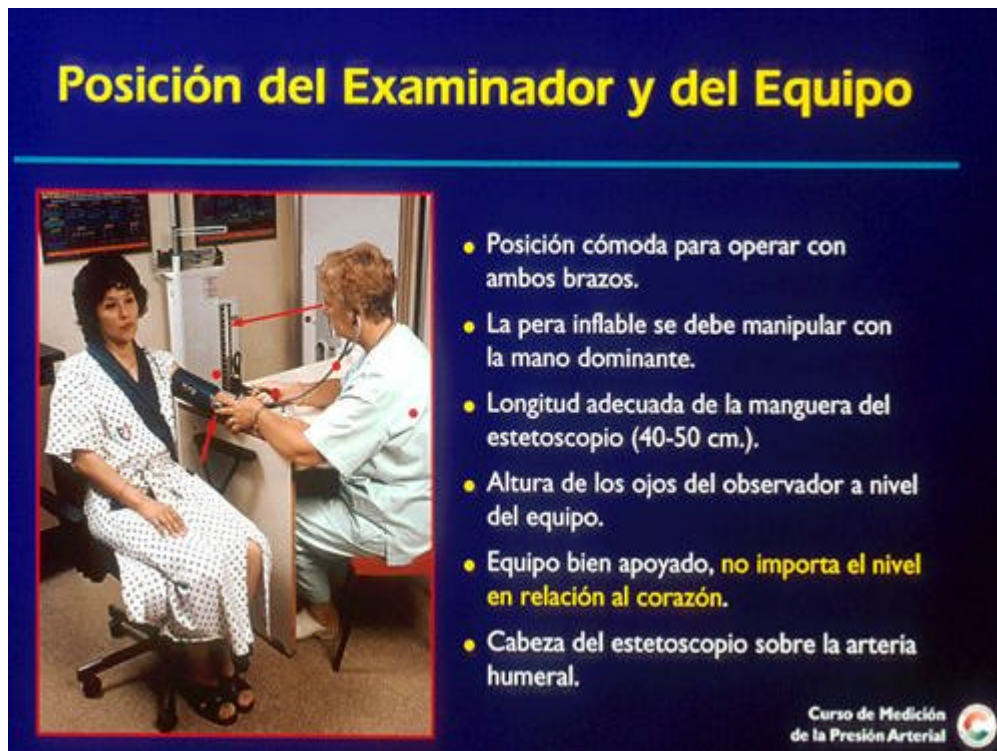



Figura 3

Cuando se dispone de equipos electrónicos que permiten realizar secuencias de registros con intervalos de 1 o 2 minutos, se observa claramente que la presión arterial muestra, en general, un patrón descendente a lo largo de los primeros 10 minutos de la consulta o del registro fuera del consultorio. Si se cuenta con este tipo de equipos, al paciente le resulta muy instructivo poder ver con sus ojos cuánto se ha modificado su presión a lo largo de unos pocos minutos. De no contar con esta tecnología, se puede realizar la medición con esfigmomanómetro de mercurio convencional en forma secuencial, anotando luego de cada medición el valor medido, y luego de 3 o más registros mostrarle al paciente los datos obtenidos. Fluctuaciones de 10 a 40 mm Hg en la presión sistólica y de 5 a 20 mm Hg en la diastólica, no son infrecuentes.

A posteriori debe instruirse al paciente no solo en la correcta técnica de medición de la presión arterial, sino además instruirlo para que si realiza registros fuera del consultorio mida al menos 2 o 3 veces su presión arterial con intervalos de al menos 1 minuto, registrando en distintas columnas la primera, segunda y eventualmente tercera medición. (Tabla 4, Figura 4)



CLatHA

Uso de automediciones de presión arterial (recomendadas)

Ventajas

- Permiten detectar (sospechar) HT o efecto por bata blanca
- Evalúan la respuesta al tratamiento
- Son educativas y mejoran la adhesión al tratamiento
- De bajo costo, reproducibles, y con valor pronóstico

Desventajas potenciales

- Error en la medición o en la interpretación
- Riesgo de automedicación
- Control compulsivo ("presuromanía")


Precauciones:

- Deben utilizarse por prescripción, y con instrucciones
- Instruir en la técnica y verificar equipos (promover cursos)

J of Hypertens (esp) 2001, vol 6, No 2

Tabla 4

Automedición de la PA



- Mano derecha opera la válvula.

Curso de Medición de la Presión Arterial

Figura 4


Un punto adicional recomendable es el solicitar al paciente que si a lo largo de un período de varias semanas entre consultas médicas, durante las cuales realizó uno o dos controles semanales y registró los datos de la manera antes expuesta, realice el cálculo del promedio de la presión sistólica y diastólica de cada una de las columnas de datos. Este simple ejercicio matemático le demostrará claramente que aún en variadas

condiciones ambulatorias, su presión arterial puede fluctuar poco o mucho dependiendo de las circunstancias ambientales y las características propias de su hipertensión arterial.

Este tipo de práctica es de gran utilidad, ya que el paciente progresivamente va comprendiendo el fenómeno de la variabilidad de la presión arterial, y en forma gradual pierde el temor, que con mucha frecuencia despierta en nuestros pacientes el hallazgo casual de un valor elevado de presión arterial.

Dr, ¿Cuál es el objetivo a lograr con la presión arterial?

El siguiente paso es que el paciente comprenda cuál es el objetivo a lograr de presión arterial. Contra la opinión generalizada de la población, la presión arterial normal es menor a 130/85 mm Hg y la óptima menor a 120/80 mm Hg, a cualquier edad luego de los 18 años. Los valores entre 131/85 y 140/90 no son normales, sino que conforman el grupo de presión normal alta, o como preferimos considerarlo, de hipertensión limítrofe. Una consideración adicional de gran importancia, es que la referencia de presión arterial normal en el domicilio del paciente es menor a 130/80 mm Hg. La Tabla 5 muestra la clasificación actual de la presión arterial, que resulta útil para educación del médico. La Tabla 6 muestra una imagen mucho mas directa y de mejor llegada para el paciente.



CLatHA

Clasificación de la Presión Arterial (adultos ≥ 18 años)

Categoría	Sistólica	Diastólica
Óptima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensión		
Nivel 1	140-159	90-99
Nivel 2	160-179	100-109
Nivel 3	≥180	≥110
HTA sistólica aislada	≥140	<90

J of Hypertens (esp) 2001, vol 6, No 2

Tabla 5

Mensajes sencillos:

La presión arterial normal es:

- Menor o igual a **130/85** mmHg

Tabla 6

Romper con el preconcepto que la presión arterial normalmente debe ser mayor en personas de mas de 60 o

65 años, es tarea difícil, pero posible si se dedica suficiente atención al tema. Este punto adquiere relevancia toda vez que los estudios epidemiológicos demuestran claramente que la prevalencia de hipertensión arterial se eleva progresiva y considerablemente con la edad, a partir de los 65 años. De hecho el 60% de los individuos mayores de 65 años padece de alguna forma de hipertensión arterial, y quienes se mantienen normotensos tienen una expectativa del 50%, de desarrollar la enfermedad antes de su muerte.

En este grupo etario la forma de presentación más usual es la hipertensión sistólica aislada, definida por una presión sistólica superior a 140 mm Hg con una diastólica menor a 90 mm Hg. La causa fisiopatológica subyacente radica en el progresivo deterioro de las propiedades viscoelásticas de la pared arterial que conllevan a la pérdida de la normal elasticidad de las grandes arterias de conducción. La reducción de las fibras elásticas junto a la proliferación de tejido conectivo fibroso, produce un incremento en la rigidez de la pared arterial, que se traduce en un incremento en la velocidad de conducción de la onda de pulso. Por este mecanismo la onda reflejada en las bifurcaciones arteriales o bien en las arterias de menor calibre, regresa a la raíz aórtica más rápidamente, incrementando la presión sistólica mientras que la diastólica desciende.

Resulta obvio que esta explicación es inadecuada para el paciente usual, pero sí puede transmitirse que con la edad la rigidez de las paredes arteriales aumenta y que por ello la presión máxima sube, incrementando el riesgo de invalidez y muertes de causa cardiovascular.

También es posible explicar que el incremento de la presión de pulso (diferencia entre sistólica y diastólica), resulta un buen marcador de riesgo a mediano plazo.

En base a los actuales conocimientos parece deseable lograr una presión normal u óptima en todo paciente hipertenso mayor de 18 años, particularmente en aquellos de mayor riesgo. Sin embargo, considerando que con elevada frecuencia resulta difícil alcanzar la normotensión, resultar á satisfactorio el alcanzar un nivel de presión arterial menor a 140/90 mm Hg, en forma estable, particularmente en personas mayores de 65 años.

En aquellos casos en que no se pueda lograr la normotensión, es importante explicar al paciente que la corrección aún parcial de su hipertensión arterial, reduce el riesgo cardiovascular.

El fijar claramente un objetivo terapéutico es de crucial importancia. Si el paciente no sabe cuál es el objetivo y por qué es importante que lo alcance y luego lo mantenga en el largo plazo, será difícil lograr resultados satisfactorios. En una encuesta realizada unos años atrás en nuestro servicio, detectamos que el 47% de nuestros pacientes no sabían cual era el objetivo a lograr con el tratamiento, manifestando la dificultad existente en nuestra comunicación y educación del hipertenso. Posteriormente, observamos que una mayor y dirigida información al paciente, permitió mejorar los resultados en un lapso de pocos meses. Por ello, es importante que el médico y el paciente conformen un equipo de trabajo mancomunado, fijando objetivos y procedimientos claros para alcanzar la meta propuesta. Cuando el paciente sabe de que se trata su enfermedad y la adecuada forma de controlarla, en general muestra una mayor predisposición a colaborar con el tratamiento, ya sea en la adhesión a las medidas higiénico-dietéticas o bien en la farmacológica. (Figura 5)

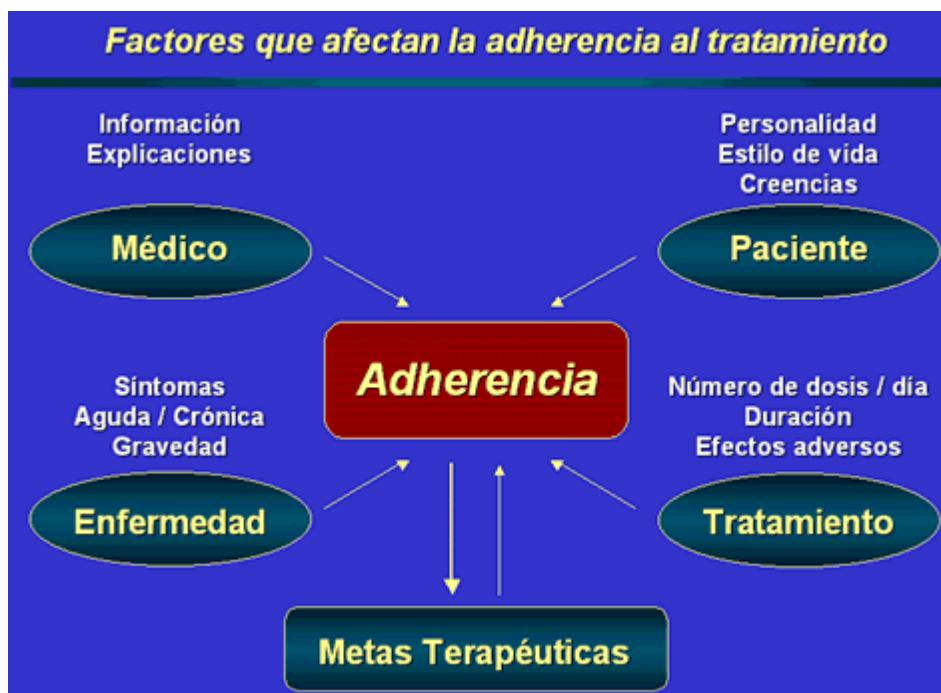


Figura 5

Problemas con la medicación antihipertensiva. Distintas dificultades se presentan en este punto.

¿Dr., tengo que tomar medicación toda la vida?

Frecuente causa de inquietud para el paciente, ya que muchos de ellos malentienden que por el hecho de indicar una medicación, la deberán tomar el resto de la vida. En nuestra experiencia, si el paciente comprende que la hipertensión arterial esencial es una entidad con una base genética que se manifiesta en algún momento de la vida y que usualmente no es curable, sino tan solo controlable, entonces el sujeto entenderá que su tratamiento debe ser constante a lo largo de toda la vida. Paralelamente, esta educación ayudará al paciente a comprender que sus hijos están en alto riesgo de desarrollar en el futuro la enfermedad, ya que los padres transmiten al 50% de sus descendientes la carga genética predisponente.

¿Dr., por qué tengo que tomar mas de una pastilla?

Aproximadamente el 70% o más de los hipertensos requieren de una combinación de al menos 2 drogas antihipertensivas para lograr la normotensión. En grupos particulares de mayor riesgo (diabéticos, ancianos, vasculares, coronarios, etc.), los objetivos terapéuticos son mas estrictos y por ello requieren usualmente de una combinación de 3 o 4 fármacos para lograr el objetivo deseado de presión arterial.

Esta situación implica para el paciente un problema en cuanto a la cantidad de pastillas a consumir, costo de medicación y el efecto psicológico de sentirse mas enfermo por el hecho de tener mayor medicación. En este sentido, si el paciente no comprende que se encuentra en un grupo de alto riesgo (mayor al 20 o 30%) de sufrir un evento cardiovascular invalidante o fatal, dentro de los próximos 10 años, difícilmente mostrará una adecuada adherencia al tratamiento.

Dr., si mi presión se normalizó, ¿Por qué debo seguir tomando la medicación?

No siempre es fácil para el médico explicar y para el paciente comprender, que si su presión arterial ahora es normal, es porque toma la medicación, y que si la abandona es altamente probable que su presión vuelva a elevarse.

No obstante en algunos pacientes es posible reducir progresivamente la medicación y en infrecuentes condiciones suspenderla, manteniéndose la normotensión a largo plazo (proceso denominado Step-down o bien reducción progresiva de medicación). Los factores predictores de éxito en la reducción o suspensión de la medicación incluyen: menor edad, hipertensión de menor severidad, menor duración de la hipertensión, buena respuesta a la terapéutica, excelente adhesión a las medidas higiénico-dietéticas, menor requerimiento de dosis o número de fármacos para lograr la normotensión y ausencia de comorbilidades. Otro problema en la educación del paciente es el concepto de enfermedad plurimetabólica.

Dr., ¿Porqué tengo la desgracia de tener presión alta, colesterol alto, gota y no poder bajar de peso?
En muchos pacientes resulta de gran importancia una sencilla, pero clara explicación acerca de este

problema. En nuestra experiencia los pacientes comprenden (aunque a veces niegan) que la hipertensión arterial forma parte de una entidad mayor que incluye varias anomalías metabólicas (mayor propensión a la insulino-resistencia, diabetes tipo 2, dislipidemia, hiperuricemia, sobrepeso con obesidad central, etc.). La Figura 6 muestra la frecuencia de asociación de hipertensión arterial con otros factores de riesgo cardiovascular en el seguimiento de Framingham.

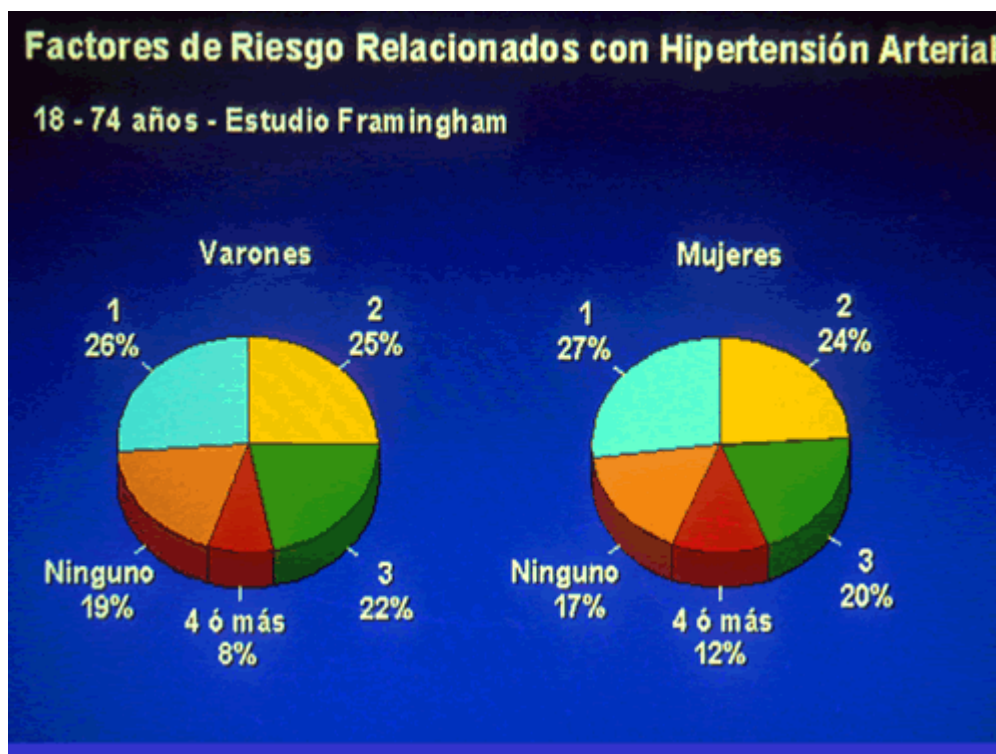


Tabla 6

Si bien este hecho plantea una dificultad para la comprensión y sobretodo la aceptación por parte del paciente de su enfermedad, también crea una oportunidad para que tome conciencia de que sólo un tratamiento conjunto de sus distintos factores de riesgo cardiovascular, será adecuado para la reducción de su riesgo cardiovascular. (Figura 7)

Hay que recordar que al paciente no le importa mucho que un número (presión colesterol, glucemia, etc.) baje o se normalice, sino que lo que realmente le interesa es evitar la invalidez y/o la muerte prematura. Por ello recomendamos reiterar periódicamente al paciente que su control y tratamiento buscan precisamente proteger su salud y evitar su sufrimiento o el de su familia.

¿Dr, Mi presión es nerviosa?

Consulta cotidiana que requiere de una adecuada explicación. A lo largo de los años los propios médicos hemos divulgado y sobreenfatizado que la hipertensión arterial se asocia al estrés cotidiano. Por ello muchos pacientes menosprecian la elevación de su presión arterial argumentando que sólo está relacionada con sobreexigencia laboral o dificultades transitorias de cualquier tipo.

Con ciertas limitaciones, en general los pacientes llegan a comprender que las situaciones de tensión cotidiana influyen sobre la presión arterial en forma transitoria, pero no son causa directa de hipertensión arterial.

Resulta clave explicar que una cosa es una fluctuación transitoria de la presión debida a un suceso puntual ya sea de signo positivo o negativo (Ej. Relación sexual o situación traumática), y otra cosa bien diferente es la elevación perpetua de la presión arterial a lo largo de toda la vida.

Un elemento de ayuda es el monitoreo ambulatorio de presión arterial de 24 hs que con frecuencia demuestra normotensión nocturna o bien discrepancias notorias entre los niveles de la presión arterial en distintos momentos del día y el grado de tensión emocional que el paciente anota a esa hora en el hoja de registro de actividades.

¿Dr. Las drogas antihipertensivas reducirán mi calidad de vida?

Como cualquier otro tipo de fármacos, las drogas antihipertensivas conllevan beneficios (la reducción de la


presión arterial, protección de órganos blanco y otros tipos de efectos favorables), así como potenciales inconvenientes (efectos adversos). Con el progreso de la farmacología estos efectos indeseables son cada vez menos importantes, pero no pueden ser menospreciados.

Cada vez que se indique un fármaco antihipertensivo, se agregue uno nuevo o bien se modifique la dosis, es deseable solicitar al paciente que ante cualquier tipo de problema lo comunique a su médico, quien será en última instancia quien mejor podrá evaluar si el inconveniente observado puede o no ser atribuible a la medicación, y si fuera así reemplazarla con otro fármaco.

Es altamente conveniente informar al paciente de posibles efectos adversos (sin entrar en detalladas listas de efectos conocidos), ya que con alta frecuencia ante una molestia o inconveniente de cualquier tipo (relacionado o no a la medicación), los pacientes tienden a suspender la medicación sin consultar nuevamente a su médico, ni a ningún otro facultativo.

¿Dr, cada cuanto tiempo debo venir a control?

La frecuencia de las consultas variará en función de la severidad de la hipertensión arterial y del conjunto de factores de riesgo o co-morbilidades que presente el paciente. La Tabla 7 ejemplifica este tópico.



CLatHA

Estratificación de Riesgo

	Sin FR	Con FR sin DOB sin ECVC	Diabetes y/o DOB y/o ECVC
PA limítrofe	??	Bajo, pero > normal	Alto
Nivel 1	Bajo, pero > normal	Intermedio	Alto
Nivel 2	Intermedio	Intermedio	Muy alto
Nivel 3	Alto	Alto	Muy alto

FR: factores de riesgo mayores; DOB: daño de órganos blanco; ECVC: enfermedades cardiovasculares clínicas. Riesgo de enf. coronaria a 10 años: bajo <10%, intermedio 10-19%, alto 20-29%, muy alto > 30%
J of Hypertens (esp) 2001, vol 6, No 2

Tabla 7

Conclusiones

Una educación básica pero que contemple distintos aspectos de la enfermedad, concientizando al hipertenso acerca del beneficio del tratamiento, mas que al riesgo que implica, abarcando el espectro familiar y realizando prevención del desarrollo de hipertensión arterial en los hijos, tiene un mayor oportunidad de mejorar la adherencia al tratamiento.

Las consideraciones del costo del tratamiento, tiempo y gastos para realizar consultas de control y las automediciones de presión arterial domiciliarias, son elementos de utilidad.

Los programas de educación deben ser continuos y orientados no solo al paciente sino a su familia y a la comunidad. Cuando sea posible debes gestarse en forma coordinada entre el médico, la comunidad hospitalaria y todos los integrantes del sistema de salud de la ciudad, provincia o nación.

Bibliografía

1. Joint national Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The Sixth Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. Arch Intern Med 1997;157:2413-2446.
2. Guidelines Subcommittee 1999 World Health Organization-International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension. J Hypertens 1999;17:151-183.

3. Ramsay LE, Williams B, Johnston GD, MacGregor GA, Poston L, Potter JF, Pulter NR, Russel G: Guidelines for management of hypertension: report of the third working party of the British Hypertension Society. *Journal of Human Hypertension* 1999; 13, 569-592.
4. Fahey TP and Peters TJ: What constitutes controlled hypertension? Patient based comparison of hypertension guidelines. *BMJ* 1996; 313: 93-96.
5. Psaty BM, Furberg CD: British guidelines on managing hypertension. Editorial. *BMJ* 1999;319:589-90.
6. Mancia G, Sega R, Milesi C, Cesana G, Zanchetti A. Blood pressure control in the hypertensive population. *Lancet* 1997;349:454-457.
7. Berlowitz DR, Ash AS, Hickey EC, Friedman RH, Glickman M, Kader B, Moskowitz MA: Inadequate Management of Blood Pressure in a Hypertensive Population. *N Engl J Med* 1998;339:1957-63.
8. Hosie J, Wiklund I: Managing hypertension in general practice: can we do better? *J Hum Hypertens* 1995 Jul;9 Suppl 2:S15-8.
9. Andersson OK, Almgren T, Persson B, Samuelsson O, Hedner T, Wilhelmson L: Survival in treated hypertension: follow up study after two decades. *BMJ* 1998;317:167-171.
10. Miller NH, Hill M, Kottke T, Ockene IS. The multilevel compliance challenge: recommendations for a call to action; statement for healthcare professionals. *Circulation*. 1997; 95:1085-1090.
11. Abenheim L, Moride Y, Brenot F y col. Appetite suppressant drugs and the risk of primary pulmonary hypertension. *N Engl J Med* 1996; 335: 609-616.
12. Conlin P, Chow D, Miller E, Svetkey L, Lin P, Harsha D, Moore T, Sacks F, Appel L, for the DASH Research Group The effect of dietary patterns on blood pressure control in hypertensive patients. *Am J Hypertens* 2000, 13: 948-955.
13. Weinberger MH. Salt sensitivity of blood pressure in humans. *Hypertension* 1996; 27 (part 2): 481-490.
14. Cutler JA, Follman D, Allender PS. Randomized trials of sodium reduction: an overview. *Am J Clin Nutr* 1997; 65 (suppl): 643S-651S.
15. Cappuccio FP, Markandu ND, Carney C, Sagnetta GA, Mac Gregor GA. Double-blind randomised trial of modest salt restriction in older people. *Lancet* 1997; 350: 850-854.
16. Scientists' statement regarding data on the sodium hypertension relationship and sodium health claims on food labelling. *Nutrition Science Policy*. *Nutr Rev* 1997; 55: 172-175.
17. Appel LJ, Moore TJ, Obenzanek E et al for the DASH Collaborative Research Group: A clinical trial of the effects of dietary patterns on blood pressure. *N Engl J Med* 1997; 336:1117-1124.
18. Ruppert M, Diehl J, Kolloch R, Overlack A, Kraft K, Göbel B, Hittl N, Stumpe KO: Short-term dietary sodium restriction increases serum lipids and insulin in salt-sensitive and salt-resistant normotensive adults. *Klin Wochenschr* 1991;69 Suppl 25:51-7.
19. U. S. Department of Agriculture and U. S. Department of Health and Human Services. *Nutrition and your Health: Dietary Guidelines for Americans*. Fourth edition. Home and Garden Bulletin. N 232. Washington, DC: US Department of Agriculture, 1995.
20. Stamler R, Stamler J, Gosh FC y col. Primary prevention of hypertension by nutritional-hygienic means. Final Report of a randomized controlled trial. *JAMA* 1989; 262: 1801-1807.
21. Hypertension Prevention Trial Research Group. The Hypertension Prevention trial: three-year effects of dietary changes on blood pressure. *Arch Intern Med* 1990; 150: 153-162.
22. The Trials of Hypertension Prevention Collaborative Research Group. The effects of nonpharmacologic interventions on blood pressure of persons with high normal levels. Results of the Trials of Hypertension Prevention. Phase I. *JAMA* 1992; 267: 1213-1220.
23. Neaton JD, Grimm RH, Prineas RJ y col. Treatment of mild hypertension study. Final results *JAMA* 1993;270: 713-724.
24. Paffenbarger RS Jr., Hyde RT, Wing AL, Lee IM, Jung DL, Kampert JB. The association of changes in physical-activity level and other lifestyle characteristics with mortality among men. *N Engl J Med* 1993; 328: 538-545.
25. Kokkinos PF, Narayan P, Collieran JA y col. Effects of regular exercise on blood pressure and left ventricular hypertrophy in African-American men with severe hypertension. *N Engl J Med* 1995; 333: 1462-1467.
26. Wilson PWF, Paffenbarger RS, Morris JN, Havlik RJ. Assessment methods for physical activity and physical fitness in population studies: Report of a NHLBI workshop. *Am Heart J* 1986; 111: 1177-1192.
27. Blair SN, Goodyear NN, Gibbons LW, Cooper KH. Physical fitness and incidence of hypertension in healthy normotensive men and women. *JAMA* 1984; 252: 487-490.
28. Puddey IB, Parker M, Bellen LJ, Vandongen R, Masarei JRL. Effects of alcohol and caloric restrictions on blood pressure and serum lipids on overweight men. *Hypertension* 1992; 20: 533-541.
29. Frezza M, di Padova C, Pozzato G, Terpin M, Baraona E, Lieben CS. High blood alcohol levels in women: the role of decreased gastric alcohol dehydrogenase activity and first-pass metabolism. *N Engl J Med* 1990; 322: 95-99.
30. U. S. Department of health and Human Services. *The Health Benefits of Smoking Cessation: A Report of the Surgeon General*. Rockville MD: Centers of Disease Control. Center for Chronic Disease Prevention and Health. DHHS publication (CDC) 90: 8416, 1990.
31. Estudio FRICAS. Factores de riesgo para infarto agudo de miocardio en la Argentina. *Rev Argent Cardiol* 1996; 64 (supl II).
32. Groppelli A, Giorgi DM, Omboni S, Parati G, Mancia G: Persistent blood pressure increase induced by heavy smoking. *J Hypertens* 1992;10(5):495-499.
33. Khoury Z, Cornaus P, Ker4en A, Lerer T, Gavish A, Tzivoni D. Effects of transdermal nicotine patches on ambulatory EKG monitoring finding: a double-blind study in health smokers. *Cardiov Drugs Ther* 1996; 10: 179-184.
34. Stamler J, Rains-Clearman D, Lenz-Litow K, Tillotson JL, Grandits GA. Chapter 14. Relation of smoking at baseline and during trial years 1-6 to food and nutrients intakes and weight in the special intervention and usual care group in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Am J Clin Nutr* 1997; 65 (suppl): 374S-402S.
35. Glantz S, Parmley W. Passive smoking and heart disease. *JAMA* 1995; 273: 1047-1053.
36. Penn A, Snyder C. Inhalation of Sidestream Cigarette Smoke Accelerates Development of Arteriosclerotic Plaques. *Circulation* 1993; 88 (part 1): 1820-1825.
37. Cappuccio FP, Elliott P, Allender PS, Pryer J, Follman DA, Cutler JA. Epidemiologic association between dietary calcium intake and blood pressure: a meta-analysis of published data. *Am J Epidemiol* 1995; 142: 935-945.
38. Allender S, Cutler J, Follman D, Cappanuccio F, Pryer J, Elliott P. Dietary calcium and blood pressure: a meta analysis of randomized clinical trials. *Ann Intern Med* 1996; 124: 825-831.
39. Stamler J, Caggiula AW, Grandits GA. Chapter 12. Relation of body mass and alcohol, nutrients, fiber and caffeine intakes to blood pressure in the special intervention and usual care groups in the Multiple Risk Factor Intervention Trial. *Am J Clin Nutr* 1997; 65 (suppl I): 338S-365S.
40. Toft I, Bonna KH, Ingebretsen OC, Nordoy A, Jenssen T. Effects of n-3 polyunsaturated fatty acids on glucose homeostasis and blood pressure in essential hypertension: a randomized, controlled trial. *Ann Intern Med* 1995; 123: 911-918.
41. American Diabetes Association. Clinical practice recommendations 2000. Management of Dyslipidemia in Adults with Diabetes. *Diabetes Care* 2000;23 (suppl 1):S57-S60.
42. American Diabetes Association: Nutrition Recommendations and Principles for People With Diabetes Mellitus. *Diabetes Care* 1999;22 (Suppl. 1): S42-S46.
43. Woodward M, Lowe GDO, Rimley A, Turnstall-Pedoe H. Fibrinogen and risk factor for coronary heart disease and mortality in middle-aged men and women: the Scottish heart Health Study. *Eur Heart J* 1998; 19: 55-57.
44. Ernst E, Resch KL. Fibrinogen as a cardiovascular risk factor: a meta-analysis and review of the literature. *Ann Intern Med* 1993; 118: 956-963.
45. Grodstein F, Stampfer JJ, Colditz GA, Willett WC, Mansomn JE, Joffe M y col. Postmenopausal hormone therapy and mortality. *N Engl J Med* 1997; 3636: 1769-1775.

46. Hulley S, Grady D, Bush T, Furberg C, Herrington D, Riggs B y col. Randomized trials of estrogen plus progestin for secondary prevention of coronary heart disease in postmenopausal women. Heart and Estrogen/progestin Replacement Study (HERS). JAMA 1998; 280: 605-613.
47. Port S, Garfinkel A, Boyle N. There is a non-linear relationship between mortality and blood pressure. Eur Heart J 2000; 21:1635-1638.

Preguntas, aportes y comentarios serán respondidos por el conferencista o por expertos en el tema a través de la lista de Hipertensión Arterial.
Llene los campos del formulario y oprima el botón "Enviar"

Preguntas, aportes o comentarios:

Nombre y apellido:

País:

Dirección de E-Mail:

<p>Dr. Domingo Pozzer Presidente Comité Científico arritmias@funcacorr.org.ar</p>	<p>Dr. Armando Pacher Presidente Comité Técnico Organizador apacher@fac.org.ar</p>	<p>Copyright FAC - CETIFAC Bioingeniería UNER cetifac@fac.org.ar</p> 
--	---	--

[Tope](#)

Actualización: 08-Sep-2003