portada

Hoja de presentacion

dedicatoria

agradeimiento

indice

introdccion

Hoja en blanco

PLANTAMIENTO DEL PROBLEMA

Las enfermedades crónico degenerativas son un grave problema de salud pública la hipertensión arterial que es un padecimiento de gran impacto socioeconómico dada la naturaleza de su comportamiento, su origen y su epidemiologia el ambiente de atención medica proporcionada por los médicos de primer contacto y el conocimiento de esta patología de la enfermedad.

Hablando de hipertensión arterial por parte del paciente ya que a la vez depende a su tratamiento como un factor desencadenante de la elevación o conocimientos obtenidos durante sus consultas médicas al tratamiento farmacológico se asocia a desarrollo de múltiples complicaciones cardiovasculares.

A pesar de ser una enfermedad muy frecuente el cuerpo experimenta cambios como la pérdida de elasticidad de las arterias que junto con la acumulación de lípidos obstruyen la circulación de la sangre y elevan la presión arterial**.**

La presión alta suele ser hereditaria, exceso de sal y grasa consumir un alto contenido de sodio puede generar daño en el riñón, aumentando la tensión arterial e inestabilidad en el funcionamiento de los sistemas cardiovascular, renal, óseo, nervioso y gastrointestinal.

Que aumenta la presión con la que el corazón bombea sangre a las arterias para circule por todo el cuerpo hace como a la obesidad y el sobrepeso aumentan la presión arterial, que sube los niveles de glucosa en la sangre, colesterol, triglicéridos y ácido úrico.

Asintomática para prevenir complicaciones graves, y se tiene que tomar la presión arterial una urgencia grave una presión arterial sistólica superior a 180 mm Hg y con una presión arterial diastólica superior a 120 mm Hg daño progresivo en uno o más órganos vitales cerebro corazón y riñones pro diversos síntomas si no se trata puede ser mortal.

El corazón puede bombear mayor cantidad de sangre para aumentar la presión arterial, para reducir su capacidad de retener sangre, con mayor cantidad de sangre en las arterias se produce aumento de la presión arterial.

Para disminuir la presión arterial, el corazón puede bombear con menos potencia o rapidez las arteriolas y las venas pueden ensancharse dilatarse y se puede limpiar del torrente sanguíneo.

Las complicaciones de la HTA se relacionan directamente con la magnitud del aumento de la tensión arterial y el tiempo de evolución. El tratamiento temprano de la HTA tiene importantes beneficios en términos de prevención de complicaciones, así como de menor riesgo de mortalidad. Por esta razón, la alta prevalencia de esta enfermedad en México adquiere mayor importancia si se considera que en el año 2006, 47.8% de estos adultos con HTA fueron hallazgo de la encuesta, es decir, no habían sido diagnosticados. Además, de los adultos previamente diagnosticados únicamente 39.0% recibía tratamiento.

que representaron a 15.2 millones de hombres y mujeres de 20 años o más de edad, a nivel nacional en el año 2012. Se incluyeron en el análisis a los adultos que tuvieron datos completos de tensión arterial e información de la variable diagnóstico médico previo de HTA. Se excluyeron del análisis a los sujetos con valores biológicamente implausibles de tensión arterial (n=7), por lo que quedó una muestra final de 10 898 adultos con 20 años o más.

La medición de la tensión arterial se realizó mediante el uso del esfigmomanómetro de mercurio siguiendo la técnica y procedimientos recomendados por la American Heart Association. Se utilizó un monitor digital de grado médico (Omrom HEM-907 XL) para validar la calidad de las mediciones hechas por el personal de campo en una submuestra de 4 517 adultos. Se consideró que un adulto era hipertenso cuando reportó haber recibido el diagnóstico de HTA de un médico, o presentaba cifras de tensión arterial sistólica (TAS) ≥140 mmHg o tensión arterial diastólica (TAD) ≥90 mmHg. Asimismo, se consideró que un adulto tenía la tensión arterial controlada cuando la tensión arterial sistólica fue <140 mmHg y latensión arterial diastólica <90 mmHg.

Se calcularon las prevalencias de adultos con HTA que recibían tratamiento farmacológico y que tenían cifras de tensión arterial bajo control, categorizando por grupos de edad, región, localidad y NSE. Se compararon las prevalencias de HTA por estado, y a nivel nacional se analizó la tendencia a partir de los datos obtenidos en la ENSA 2000, ENSANUT 2006 y ENSANUT 2012.

muestra que la prevalencia de HTAen México fue de 31.5% (IC95% 29.8-33.1), de los cuales, 47.3% desconocía que padecía esta enfermedad (diagnóstico por hallazgo de la encuesta). El grupo de edad de mayores de 60 años tuvo una prevalencia 3.4 veces más alta de HTA que el grupo de edad más joven (20 a 29 años), y se encontró una tendencia significativa (*p*<0.05) por el efecto de la edad en la prevalencia de diagnóstico médico previo de HTA (8.8 veces más alta en el grupo de edad ≥60 años).

(Ismael Campos-Nonato, 2013)

Se hicieron mediciones de la tensión arterial (TA) en una submuestra de 7 838 adultos con 20 o más años de edad. Se incluyeron en el análisis a los adultos que tuvieron datos completos de TA y a quienes reportaron haber recibido previamente por parte de un médico el diagnóstico de HTA. Se excluyeron del análisis a los participantes que no tenían información del indicador “diagnóstico previo de HTA” (n=513) y a quienes no tenían valores biológicamente plausibles de TA (n=200). Al final se analizó una muestra de 7 125 participantes que representan a 35 millones de adultos con 20 años o más, en condición de vulnerabilidad.

el análisis de la información se consideró como datos válidos los valores de tensión arterial sistólica (TAS) ≥80 mmHg y de tensión arterial diastólica (TAD) ≥50 mmHg. Se clasificaron como normotensos a los sujetos con TAS <130 mmHg y TAD <80 mmHg; y como hipertensos a quienes reportaron haber recibido previamente de un médico el diagnóstico de HTA, o presentaban TAS ≥130 mmHg o TAD ≥80 mmHg. Se consideró que un adulto con hipertensión tenía TA controlada cuando la TAS fue <130 mmHg y la TAD <80 mmHg.

El peso, talla y circunferencia de cintura fueron medidos por personal estandarizado. El peso fue medido con una balanza electrónica con precisión de 100 g. La talla se obtuvo usando un estadiómetro con precisión de 2 mm. El índice de masa corporal (IMC) se categorizó de acuerdo con los puntos de corte de la Organización Mundial de la Salud (OMS): IMC normal (18.5-24.9 kg/m2), sobrepeso (25.0-29.9 kg/m2) y obesidad ≥30.0 kg/m2). La circunferencia de cintura fue medida con una cinta métrica de fibra de vidrio con precisión de 1 mm. La obesidad abdominal fue clasificada de acuerdo a los criterios de la Federación Internacional de Diabetes (IDF): mujeres ≥80 cm y hombres ≥90 cm.

(Ismael Campos-Nonato M. e., 2019)

Rápidamente: el sistema nervioso autónomo regula los cambios rápidos de T. A.

A medio plazo: mediante hormonas (Sistema Renina - Angiotensina y HNA) que producen movimientos de líquidos a través de los capilares.

A largo plazo: mediante la ingesta, y mediante la eliminación renal por Presión

Diuresis - Natriuresis, y por hormonas (Sistema Renina - Angiotensina -Aldosterona, AVP y HNA). Así se controla el volumen sanguíneo.

En las personas sanas la tensión arterial varía desde 80/45 en lactantes, a unos 120/80 a los 30 años, y hasta 140/85 a los 40 o más. Este aumento se produce cuando las arterias pierden su elasticidad que, en las personas jóvenes, absorben el impulso de las contracciones cardiacas. La tensión arterial varía entre las personas, y en un mismo individuo, en momentos diferentes. Suele ser más elevada en los hombres que en las mujeres y los niños; es menor durante el sueño y está influida por una gran variedad de factores como son la ingesta excesiva de sal en la dieta, la obesidad, la ingesta de más de 80 ml de bebidas alcohólicas al día, el hábito de fumar, el uso de gotas nasales vasoconstrictoras, otros medicamentos con efecto adrenérgico como algunos anorexígenos, la cocaína.

 es un padecimiento crónico de etiología variable caracterizado por el aumento sostenido de la T. A., bien sistólica, diastólica o de ambas, siendo definida tanto como enfermedad, y como factor de riesgo cardiovascular, según los autores que se consulten, dependiendo más de la influencia simultánea de varios factores de riesgo que de la acción aislada de uno de ellos.

La HTA es el proceso que demanda más consultas en atención primaria, siendo la primera causa etiopatogénica para inducir dos procesos de curso clínico muy grave; la cardiopatía isquémica y la insuficiencia cardíaca congestiva, sin olvidar otras severas complicaciones como la enfermedad cerebrovascular, la arteriosclerosis de grandes arterias y la nefroangiosclerosis, conducente a la insuficiencia renal crónica, progresiva e irreversible.

En el 90% de los casos la causa de la HTA es desconocida, por lo cual se la ha denominado HTA esencial. Este tipo de HTA tiene un fuerte carácter hereditario.

En el 5-10 % de los casos existe una causa directamente responsable del aumento de las cifras tensionales, siendo denominada esta forma de HTA, HTA secundaria.

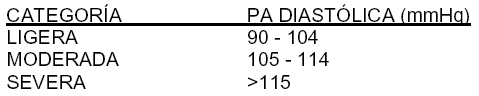
HTA lábil. Aquella situación en la que un mismo sujeto podría presentar cifras de PA por encima o por debajo de 140/90 mmHg en intervalos cortos y cercanos de tiempo sin que exista repercusión visceral.

HTA limítrofe. Valores de presión arterial en el límite de la normalidad, que requiere habitualmente confirmación por medio del registro ambulatorio de 24 horas.

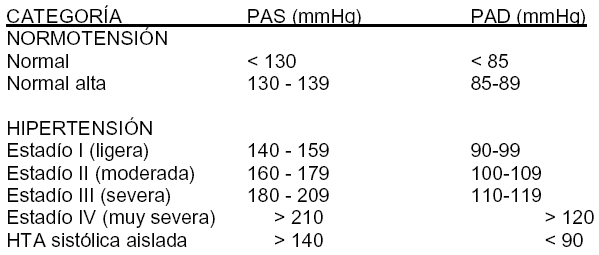
HTA definida. Cifras de PA constantemente elevadas por encima de los valores considerados normales.

HTA refractaria. Cifras de PA no controladas tras tratamiento con tres fármacos en dosis y asociación adecuadas, debiendo ser uno de ellos un diurético.

HTA maligna. PAD > 140 mmHg que se acompaña de retinopatía grado III o IV y que se asocia a afectación de otros órganos diana.



Criterios del JNCV. El Comité Nacional Conjunto Americano en Detección, Evaluación y Tratamiento de la HTA (JNC) agrupó en 1993 la HTA en 4 niveles o categorías, tomando en igual consideración tanto la PAD como la PAS [15]



la hipertensión casi nunca es directa. El diagnóstico se realiza en base a las cifras de tensión arterial tomadas con un esfigmomanómetro. Se mide tanto la presión arterial sistólica o máxima, como la presión arterial diastólica o mínima. Es importante seguir una serie de consejos previos a la toma de la tensión arterial, ya que de lo contrario se puede estar realizando una sobrevaloración de la medición.

Hay que evitar realizar ejercicio antes de la medición; es mejor que la toma de la tensión sea matutina y en ayunas; hay que descansar antes un mínimo de 10 minutos; no se debe tomar café ni fumar al menos media hora antes de la toma de la tensión arterial; y en el momento de la medición se debe estar relajado, con el brazo situado a la misma altura que el corazón y sin cruzar las piernas

la hipertensión arterial consiste en un aumento desproporcionado de las cifras de la tensión arterial en relación con la edad del individuo. La mayoría de las guías sugieren que si una persona tiene una tensión diastólica superior a 90-100 mm Hg y una tensión sistólica superior a 140-160 mm Hg debería recibir tratamiento para disminuir la tensión arterial. Por lo general, la tensión arterial se mide varias veces antes de realizar el diagnóstico. Al mismo tiempo se analizan muestras de sangre y de orina, y se realiza un electrocardiograma para estudiar si existe una repercusión a nivel cardiaco. (Valero, 2009)