



*Nombre del Alumna : ingrid guadalupe villar
capetillo*

Nombre del tema: problematizacion

Parcial: 1

*Nombre de la Materia:taller de elaboracion de
tesis*

Nombre del profesor:raul perez verd

Nombre de la Licenciatura: Enfermería

Cuatrimestre: 9

ÍNDICE

	Pág.
I: CONCEPTO E IMPORTANCIA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL	8
II. CLASIFICACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL	9 [^]
A. Según su etiología	9
B. Según las cifras de tensión arterial	9 ⁹
III. DIAGNÓSTICO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL	10
IV: VALORACIÓN DEL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL	12
1: Anamnesis	13
2. Exploración física	13
3. Exploraciones complementarias:	13
3.1. Analítica básica	14
3.2. Electrocardiograma	14
3.3. Ecocardiograma	14
3.4. Monitorización ambulatoria de la tensión arterial	15
3.5. Radiografía de tórax	15
4. Evaluaciones periódicas	15
V. TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL	17 ^v
A. Tratamiento no farmacológico	17
1: Medidas higiénico-dietéticas	17
2. Medidas generales:	17
2.1. Restricción de sal	17
2.2. Reducción de peso	17
2.3. Abstención o moderación en el consumo de alcohol	18 [^]
2.4. Abandono del hábito tabáquico	18
2.5. Ejercicio físico	18
2.6. Evitación de situaciones estresantes	18
2.7. Ingesta de potasio, calcio y magnesio	18

I. CONCEPTO E IMPORTANCIA DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La hipertensión arterial (HTA) constituye el principal factor de riesgo de los accidentes vasculares cerebrales (AVC) tanto hemorrágicos como aterotrombóticos. Asimismo, junto con la hipercolesterolemia y el hábito tabáquico, es uno de los tres principales factores de riesgo de la cardiopatía isquémica.

Como la tensión arterial (TA) sigue una distribución normal, los valores límite de norma e hipertensión (o puntos de corte diagnósticos de dicha distribución) se establecen por convenio de acuerdo con el riesgo cardiovascular poblacional asociado con cada valor.

La HTA se define como la elevación crónica y mantenida de las cifras de tensión arterial sistólica, diastólica o de ambas, entendiendo como tal su permanencia por encima de 140/90 mm Hg, respectivamente.

III. DIAGNÓSTICO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Según el PAPPS (Programa de actividades preventivas para la promoción de la salud de la SEMFYC), la HTA debe diagnosticarse tempranamente en todas las personas y, para ello, es preciso medir la TA con la siguiente periodicidad:

- Al menos una vez antes de los 14 años.
- Una vez cada 5 años entre los 14 y los 40.
- Cada 2 años a partir de los 40.

Por ello, y de acuerdo con estas pautas, se recomienda la detección oportuna de la HTA en personas que acuden a la consulta de Atención Primaria.

Ante cifras elevadas de TA se debe confirmar la existencia de HTA, midiendo como mínimo 3 veces la tensión en días diferentes. Si el promedio de las tres mediciones es $\geq 140/90$ mm Hg o si inicialmente se detectan cifras de TAS > 210 o de TAD > 120 mm Hg o mayores, se diagnosticará HTA establecida.

TÉCNICA DE MEDICIÓN

Diagnóstico de la HTA

Se efectuarán al menos tres mediciones de la TA en un lapso comprendido entre dos semanas y tres meses, y dos mediciones separadas por más de un minuto. Si hay una diferencia de más de 5 mm Hg entre estas mediciones, se realizará una medición adicional y se calculará la media aritmética.

Control de la HTA

Condiciones del paciente

En la primera visita, se medirá la TA en cada brazo, y en los siguientes controles se medirá en el brazo en que se haya registrado la TA más alta.

La medición se iniciará tras 5 minutos de reposo.

El paciente deberá estar sentado cómodamente o en decúbito supino con el brazo apoyado a la altura del corazón. No deberá haber ingerido alimentos ni cafeína, realizado ejercicio físico alguno ni fumado al menos 1 hora antes. Se deberá evitar la distensión vesical y el estrés.

Condiciones del esfigmomanómetro

Las mediciones se realizarán con un esfigmomanómetro de mercurio o con un manómetro anaeroide recientemente calibrado.

Se utilizará un tamaño de manguito apropiado para garantizar la medición exacta (tabla 2).

Tabla 2. Anchura y longitud recomendadas del manguito del esfigmomanómetro (cm)

Diámetro de la extremidad	Anchura	Longitud
Brazo normal (≤ 33)	12-13	23
Brazo de adulto grueso (> 33)	15-16	33
Muslo (> 41)	18	36

Se colocará el manguito de 2 a 3 cm por encima de la flexura del codo, colocando el fonendoscopio sobre la arteria humeral sin que entre en contacto con el manguito. Éste debe hincharse hasta 200 mm Hg o hasta que desaparezca el pulso de la arteria radial, y deshincharse lentamente (2 mm Hg por segundo).

Se considera TAS la lectura que coincide con la aparición del primer ruido auscultatorio (fase I de Korotkoff) y TAD, la que coincide con la desaparición completa de los ruidos (fase V de Korotkoff), excepto cuando se prolonguen indefinidamente los ruidos auscultatorios, en cuyo caso se tomará como referencia la lectura en que los ruidos se hacen mas débiles (Fase IV de Korotkoff).

IV. VALORACIÓN DEL PACIENTE CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

En la actualidad, la valoración de un paciente con HTA debe dirigirse a la consecución de tres objetivos básicos:

1. Determinar la existencia o no de HTA secundaria.
2. Detectar la posible afectación reversible de órganos diana (tabla 3).
3. Identificar y controlar los posibles factores de riesgo cardiovascular (tabla 4) que presente el paciente hipertenso.

Para ello, se aconseja que, después de haber diagnosticado HTA, se realice la anamnesis, se efectúe la exploración clínica del paciente y se soliciten las pruebas complementarias pertinentes.

Tabla 3. Afectación de órganos diana por la hipertensión arterial

Afectación cardíaca:	Hipertrofia ventricular izquierda Insuficiencia cardíaca Cardiopatía isquémica
Afectación renal:	Insuficiencia renal Proteinuria
Afectación ocular:	Retinopatía hipertensiva (III y IV)
Afectación vascular:	Aneurisma disecante Enfermedad obstructiva vascular periférica sintomática Enfermedad cerebrovascular

Fuente: Joint National Committee, 1997.

Fuente: Organización Mundial de la Salud, 1993.

Tabla 4. Factores de riesgo cardiovascular en personas con hipertensión arterial

- Historia familiar de muerte por cardiopatía isquémica en menores de 55 años
- Edad > 60 años
- Sexo varón
- Diabetes Mellitus
- Tabaquismo
- Dislipemia
- Obesidad

Fuente: VI Informe del Joint National Committee, 1997.