

PROGRAMA SAHARAUI PARA PERSONAS CON HIPERTENSIÓN ARTERIAL

La Hipertensión Arterial es uno de los principales problemas de Salud pública en los países desarrollados por su elevada prevalencia y por su gravedad, ya que es el principal factor de riesgo cardiovascular (accidente cerebrovascular, insuficiencia cardiaca y cardiopatía isquémica).

Sin tener estudios epidemiológicos sobre la hipertensión arterial en la población saharai, la existencia de complicaciones de origen cardiovascular nos orienta a pensar que puede tener una prevalencia importante, por otra parte su fácil diagnóstico y la posibilidad de un tratamiento eficaz desde la Atención Primaria nos hace pensar que es aconsejable establecer un programa de Salud, con actividades protocolizadas para que sea seguido de manera uniforme en el campamento.

El **Objetivo general** es reducir la morbimortalidad debida a HTA

Esto se conseguirá a través de los siguientes **Objetivos específicos**:

- ❑ Aumentar la calidad de la atención a la persona con HTA
- ❑ Incrementar la captación de personas hipertensas
- ❑ Mantener las cifras de TA en cada persona con HTA en los niveles adecuados con mayor eficiencia
- ❑ Promover una coordinación adecuada entre la Atención Primaria Saharai y especialistas cooperantes para conseguir una atención integral de las personas con HTA
- ❑ Aumentar los conocimientos y mejorar el manejo de la HTA en los Equipos de Atención Primaria
- ❑ Educar a la población con HTA mejorando sus conocimientos sobre su enfermedad y potenciando actitudes beneficiosas ante la HTA

DEFINICIÓN

¿Qué es la Hipertensión Arterial? Según la OMS es la elevación crónica de la presión arterial sistólica (PAS), diastólica (PAD) o de ambas por encima de los valores considerados como normales. Teniendo en cuenta la dificultad para fijar la línea divisoria entre valores normales y anormales podemos aceptar esta otra definición:

"Hipertensión Arterial es el nivel de PA por encima del cual los beneficios derivados de la intervención sanitaria superan a los riesgos de la misma"

Hipertensión arterial en la persona adulta: se considera PA elevada cuando la PAS es superior a 140 mmHg o la PAD es superior a 90 mmHg

Hipertensión arterial en la población infantil: se considera por grupos de edad y sexo, tomando como valor máximo, a partir del cual se considera HTA, el percentil 95 de las tablas de PA en infancia. En España se consideran estas cifras:

Grupos de edad	Niños		Niñas	
	TAS	TAD	TAS	TAD
Menor de 2 años	110	66	110	66
3 a 5 años	114	70	112	68
6 a 8 años	121	75	120	74
9 a 11 años	128	79	126	78
12 a 14 años	135	82	133	80
15 a 17 años	138	84	134	82

En niñas o niños con elevado peso o talla pueden dar cifras elevadas para su edad sin ser patológicas.

Hipertensión arterial en el embarazo cuando hay un aumento de 30 mmHg o más sobre la PAS o un aumento de 15 mmHg o más sobre la PAD respecto al comienzo del embarazo o en las 24 horas siguientes al parto.

Si se desconocen las cifras de PA previas al embarazo se adoptan los criterios de persona adulta.

Cuando la PAS aumenta más de 60 mmHg o la PAD más de 30 mmHg se considera un embarazo de alto riesgo por preeclampsia o eclampsia

El hallazgo aislado de una cifra de PA elevada no es criterio suficiente para clasificar a una persona como hipertensa. El diagnóstico de HTA implica encontrar valores elevados de PA de forma repetida en tres mediciones, siendo aconsejable que estén separadas entre sí por un mínimo de siete días

CLASIFICACIÓN

GRADO DE HTA	Presión sistólica	Presión diastólica
Leve	140-169	90-99
Moderado	170-199	100-114
Severo	Superior a 199	Superior a 114

Urgencia hipertensiva (emergencia hipertensiva) es aquella elevación de la PA con claudicación de los órganos diana y que supone por tanto, un compromiso para la vida; se manifiesta por sintomatología neurológica (cefalea intensa, trastornos visuales, coma, crisis convulsivas...), disnea por edema pulmonar...Debe corregirse en el plazo máximo de una hora

ESTRATEGIA DE CONTROL DE LA HTA

Existen dos estrategias para el control de la HTA:

Estrategia de alto riesgo: se trata de identificar a las personas que ya presentan cifras de PA elevadas, para su correcto tratamiento.

El marco más adecuado para la detección y posterior seguimiento de las personas con HTA es la consulta de Atención Primaria.

La búsqueda e identificación de personas que puedan tener ya una HTA se hará en grupos de alto riesgo:

- Mujeres embarazadas
- Personas que siguen tratamientos que pueden elevar la PA
- Personas con otros factores de riesgo cardiovascular (obesidad, diabetes, tabaquismo...)
- Personas con antecedentes familiares de enfermedad cardiovascular o de HTA

Para grupos de riesgo es aconsejable medir la PA una vez cada 5 años en las personas menores de 40 años y anualmente a partir de esa edad.

La medición de la PA se puede hacer previa citación o aprovechando la visita al consultorio por otro motivo.

Estrategia de población: si bien se considera que los niveles de PA están, en parte, genéticamente determinados, las causas del aumento masivo de los niveles elevados de PA son ambientales. En base a las evidencias científicas sobre las causas de HTA y sus posibilidades de modificación se proponen una serie de recomendaciones:

- La obesidad es un factor principal causante de la elevación de la PA, además de contribuir de forma negativa en el desarrollo de otras muchas enfermedades. Por ello sería recomendable:
 - disminuir la ingesta de calorías para asegurar un balance energético adecuado
 - promover un mejor conocimiento de los hábitos alimentarios y del estado nutritivo de la población
 - organizar programas de educación alimentaria en especial a infancia, adolescencia y mujeres
 - promover actuaciones necesarias para aumentar la disponibilidad de frutas, hortalizas y verduras
 - organizar entre los profesionales sanitarios talleres de formación en nutrición y dietética
 - promover la práctica habitual de ejercicio físico adecuado para todas las edades
 - asegurar que las anteriores medidas sean accesibles por igual a toda la población saharauí

DETERMINACIÓN CORRECTA DE LA TA

Tipo de aparato: es aconsejable que la medición se realice con un esfigmomanómetro de mercurio, aunque puede utilizarse también el aneroides. Debe revisarse periódicamente

Debe disponerse de manguitos con diferente anchura y longitud para diferentes medidas de circunferencia de brazo. Lo ideal sería tener manguitos con un ancho de cámara de 3, 5 y 8 cm para infantil y de 12, 15 y 18cm para personas adultas.

Condiciones para medir la TA: Es conveniente que la persona a la que se va a medir la TA esté sentada los cinco minutos anteriores a la medición y que en los treinta minutos anteriores no haya fumado tomado café o té ni realizado ejercicios bruscos. Se medirá la TA en los dos brazos, considerando la cifra más alta como la válida (en las sucesivas visitas se medirá sólo en el brazo que la tiene más alta) A los dos minutos se repite la medición y se da como válida la media entre las dos (si la diferencia entre las dos tomas es superior a 5 mmHg es aconsejable hacer una tercera medición al cabo de otros dos minutos y se obtiene la media de las tres)

Método de medición:

- brazo sin ropa, apoyado y a la altura del corazón
- palpar arteria braquial y colocar el fonendoscopio a 2-3 cm por debajo del manguito
- insuflar rápidamente, sin interrupciones
- desinflar despacio a 2-3 mmHg por segundo
- Presión Arterial Sistólica será el valor que se refleja en el reloj cuando se inicia la auscultación del latido arterial
- Presión Arterial Diastólica será el valor de lectura cuando desaparece la auscultación de latido o, si no desaparece (infancia, embarazo, otros) cuando se nota una disminución brusca en la intensidad o cambio de tono

VALORACIÓN INICIAL DE LA PERSONA CON HTA

Una vez diagnosticada una persona con HTA se realizará un estudio en consulta programada que quede reflejado en la historia clínica, para valorar:

- A. Si hay afectación de órganos diana
- B. Qué riesgo cardiovascular tiene esa persona
- C. Descartar que sea una HTA secundaria a otra patología

Se cumplimentarán los siguientes apartados:

- Antecedentes familiares (HTA, diabetes, muerte súbita...)
- Antecedentes personales:
 - Otros factores de riesgo cardiovascular
 - Hábitos tóxicos
 - Dieta-ejercicio físico
 - Enfermedades renales o endocrinas
 - Ingesta de fármacos
- Exploración física:
 - Peso, Talla e Índice de masa corporal (IMC)
 - Auscultación cardiopulmonar
 - Pulsos periféricos. Edemas
 - Palpación abdominal (masas, megalias, soplos)
 - Fondo de ojo
- si es posible Electrocardiograma
- sistemático de sangre y orina

TRATAMIENTO DE LA HTA

El objetivo del tratamiento de la HTA es disminuir la morbimortalidad asociada a la HTA. La decisión de tratar a una persona debe basarse en la constatación de la elevación continuada de la PA y la valoración de las características de cada persona. Por norma general se trata de conseguir normalizar y mantener la presión sanguínea con los mínimos efectos adversos en los adultos, en las siguientes cifras:

- presión sistólica inferior a 140 mmHg,y
- presión diastólica inferior a 90 mmHg

Normas generales: son medidas no farmacológicas de eficacia comprobada la reducción del sobrepeso y el ejercicio físico. Otra medida coadyuvante es la eliminación del hábito tabáquico

Tratamiento farmacológico

- -en hipertensión leve, iniciar la terapia medicamentosa si en 3 -6 meses no se obtiene respuesta evidente a las medidas de cambio en los hábitos de vida
- -en la hipertensión moderada iniciar el tratamiento medicamentoso así como la modificación de los hábitos de vida
- -comprobar la toma de la medicación; esto incluye la medicación tomada el mismo día de la consulta, porque los pacientes olvidan tomar los medicamentos ese día y ello puede ser la causa de una presión elevada
- -controlar a los pacientes mensualmente y ajustar la terapia hasta conseguir estabilizar la presión
- -una vez lograda la presión objetivo, los pacientes pueden ser controlados a intervalos de 3 meses

¡ PRECAUCIÓN !

- •bajar la presión paulatinamente
- •un descenso abrupto de la presión puede ser peligroso

Paso 1

hipertensión leve

Tratamiento modificación de hábitos de vida

Objetivo TA en 3 meses menor de 140/90 mmHg

Paso 2

hipertensión leve y fallo en la modificación hábitos de vida para reducir la presión en 3 meses o hipertensión moderada al diagnóstico

Tratamiento modificación hábitos de vida e hidroclorotiazida (12,5 mg/día)

Objetivo TA al 1 mes menor de 140/90 mmHg

Paso 3

fracaso de paso 2 en 1 mes

Tratamiento modificación de hábitos de vida e hidroclorotiazida 25 mg/día

Objetivo TA al mes menor de 140/90 mmHg

Paso 4

fracaso de paso 3 en 1 mes

Tratamiento modificación hábitos de vida e hidroclorotiazida 25 mg/día y: captopril 25-50 mg/12 h ó nifedipino 10 mg/12 h ó atenolol 50-100 mg/día

Meta TA al mes menor de 140/90 mmHg

Paso 5

fracaso de paso 4 en 1 -3 meses

Tratamiento modificación estilo de vida e hidroclorotiazida 12,5 mg/día y una combinación de 2 de los siguientes medicamentos:

reserpina 0,1 mg/día/

captopril 25 -50 mg/12 horas/

nifedipina 10 mg/12 horas/

atenolol 50 -100mg/día

(popranolol 40 mg cada 8 horas)si no hay contraindicaciones

Objetivo TA después de 1 mes menor 140/90 mmHg

Contraindicaciones

Hidroclorotiazida:

-gota

Reserpina:

-depresión

Bloqueante beta-adrenérgico (p.ej.atenolol):

-insuficiencia cardíaca

-diabetes mellitus

-asma y obstrucción crónica de las vías respiratorias

-enfermedad vascular periférica

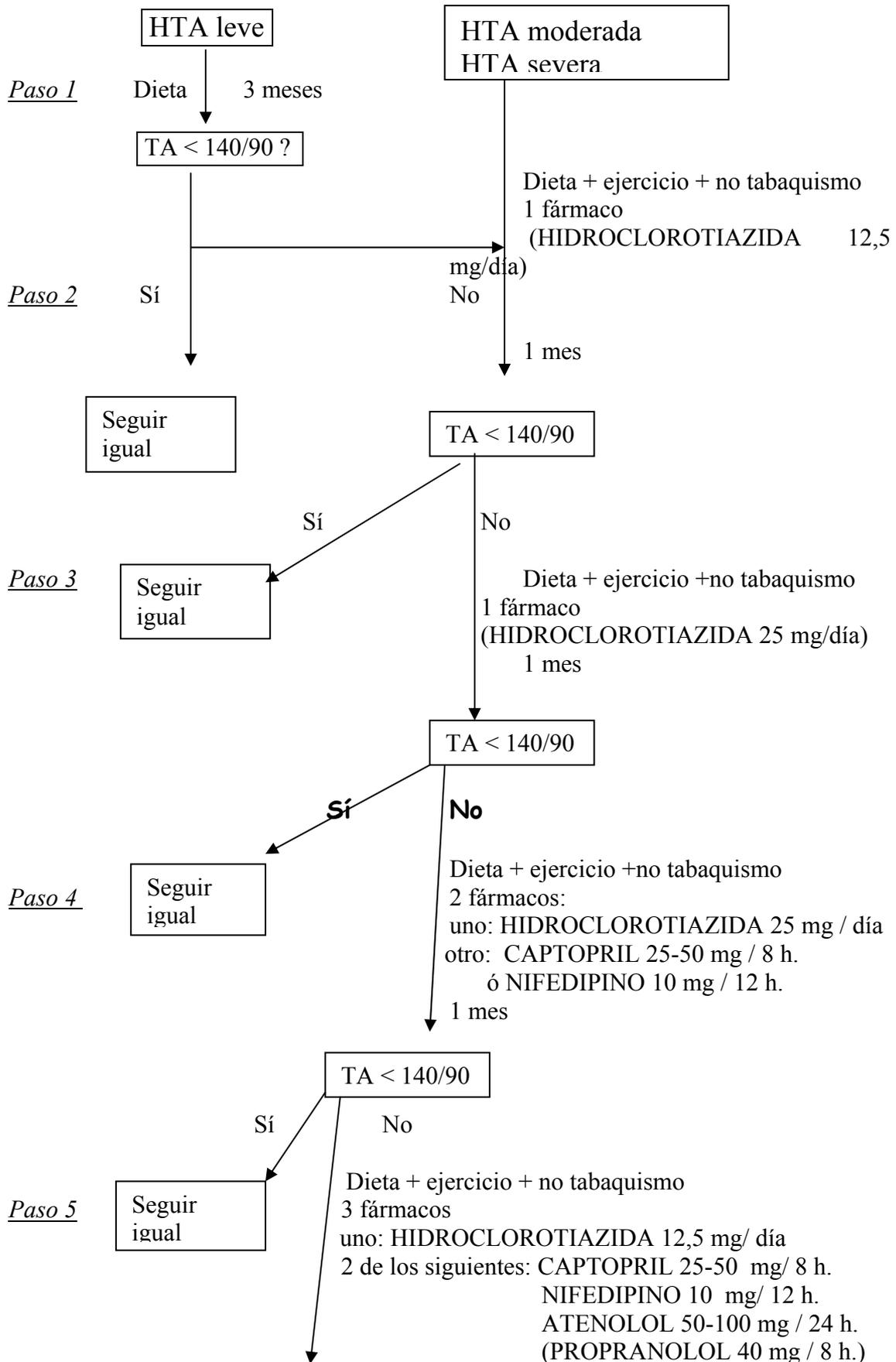
-bradicardia con un pulso menor de 50/minuto

Inhibidores ECA (p.ej.captopril):

-embarazo

-insuficiencia renal

ALGORITMO DE TRATAMIENTO DE LA HTA



CASOS ESPECIALES

Hipertensión en el embarazo:

-metildopa por vía oral, 250 -500 mg 2 veces al día, solamente durante el embarazo.

Hipertensión asociada a diabetes mellitus:

-evaluación por médico
-inhibidor ECA, p.ej. captopril 25 -50 mg cada 12 horas
-hidroclorotiazida 12,5 mg al día

Hipertensión severa o crisis hipertensiva:

-acostar y tranquilizar al paciente
-nifedipina 5 (-10)mg por vía oral inmediatamente, para masticar o esparcir el contenido de la cápsula debajo de la lengua
-evacuación si no hay respuesta satisfactoria al tratamiento (reducción de la TA, mejoramiento de los síntomas)

¡PRECAUCIÓN !

- una crisis hipertensiva requiere evacuación según la respuesta al tratamiento
- administrar 5 (-10)mg de nifedipina inmediatamente para masticar o esparcir el contenido de la cápsula por la boca
- la nifedipina raramente provoca un descenso brusco de la presión

Criterios de valoración especializada o evacuación del paciente

-evacuación inmediata (en el mismo día) según la respuesta al tratamiento:
-crisis hipertensiva: administrar primero nifedipina (ver arriba)
-hipertensión severa: administrar primero nifedipina (ver arriba)

Criterios de valoración especializada en menos de una semana:

-niños
-adultos jóvenes (menos de 30 años, por probable hipertensión secundaria)
-hipertensión no controlada en paso 5
-embarazo
-diabetes mellitus
-signos de daño orgánico: edema, disnea, proteinuria etc.

EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Conviene indagar previamente las causas o razones que hacen actuar a las personas con hipertensión arterial de una determinada manera y ver la disposición que tienen a atender o cuidar su salud. También conviene conocer y analizar qué creencias erróneas están generalizadas en la población en lo que se refiere a los cuidados que requiere una persona con hipertensión arterial

El objetivo de la EPS en HTA, como en otros problemas de salud, es que las personas con HTA puedan adquirir los conocimientos, las habilidades e incorporar las actitudes necesarias para conseguir cada vez una mayor autonomía y responsabilidad respecto al cuidado de su salud

Se realizará educación para la salud individual en cada actividad programada por cada componente de la UBS y, de una forma más específica, por las personas responsables de la EPS en la Daira

Se realizarán periódicamente y de forma programada sesiones de EPS a grupos de personas con HTA que serán un complemento de las sesiones individuales. La EPS con grupos facilita la comunicación interpersonal, facilita la aceptación de la enfermedad y hace que el grupo actúe como refuerzo para los cambios de comportamiento

Los contenidos básicos que deben desarrollarse, siempre teniendo en cuenta el nivel cultural de las personas que reciben la EPS son:

- la circulación sanguínea
- factores de riesgo relacionados con la HTA
- creencias erróneas
- importancia del diagnóstico precoz
- síntomas y complicaciones de la HTA
- medidas higiénico dietéticas

REGISTROS A UTILIZAR

- I. Registro periódico de TA y tratamiento en cartilla de salud
- II. Registro de actividades del programa de HTA realizadas en consulta
- III. Registro de actividades de EPS que dentro del programa de HTA han sido dirigidas a grupos de personas con HTA
- IV. Registro de actividades de Educación Para la Salud (EPS) a grupos de población, dentro del programa de HTA, realizadas en colegios, escuela de mujeres...

RECURSOS PERSONALES

En cada dairia debe haber un médico o médica, sanitario o sanitaria y un grupo de mujeres agentes de salud que tras recibir una formación básica lleven a cabo el programa con el apoyo de comisiones de cooperantes.

Las propias personas que constituyen la Unidad Básica de Salud pueden establecer mejor que nadie un reparto adecuado de las responsabilidades de cada profesional dentro del programa

RECURSOS MATERIALES

Cada dairia deberá estar equipada con el instrumental necesario para llevar a cabo las actividades del programa:

- Mesa de exploración
- Fonendoscopio
- Esfigmomanómetro con diferentes manguitos
- Báscula y tallímetro para adultos
- Sistemas de registro

EVALUACIÓN

Se pueden crear unos sistemas de evaluación encaminados a aproximarnos al conocimiento de la consecución de objetivos planteados como pueden ser:

Medida de la cobertura:

$$\frac{\text{Nº de personas mayores de 14 años incluidas en el programa} \times 100}{\text{Población mayor de 14 años que habita en la daira}}$$

Nº de personas hipertensas que han recibido educación grupal durante el año en la daira

Medidas de calidad de la asistencia

Se pueden utilizar indicadores de porcentaje de cumplimentación de registros adecuadamente (registros de actividad, de morbilidad...)

Medida de efectividad de la atención

$$\frac{\text{Nº de personas con HTA con objetivo terapéutico alcanzado}}{\text{Nº de personas con HTA incluidas en el programa}}$$

Estos indicadores u otros que se considere oportunos pueden servirnos para evaluar el cumplimiento de objetivos y compararlo de unos años a otros o de unas dairas a otras

Bibliografía:

- Guía terapéutica para la atención primaria Saharaui
- Consenso para el control de la Hipertensión Arterial en España 1990
- Programa para la Atención a personas con Hipertensión Arterial del Área 11 del INSALUD- Madrid 1996