



***UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO***

***FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ACATLÁN***

*Análisis y Crítica de los Cambios Estructurales en
Administración Pública Federal a partir del primero de
diciembre del 2000.*

TESIS

**QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN DERECHO**

PRESENTA

MAXIMINO LÓPEZ AGUILAR

Asesor: LIC. MARIO ROSALES BETANCOURT

Mayo 2006



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

ADIOS

Por protegerme y guiarme por este camino que me ha proporcionado

A LA

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MÉXICO

Y LA

ESCUELA NACIONAL PREPARATORIA

Por el conocimiento que me ha inculcado y lo que me ha dado como persona.

A mi Madre y Padre:

Estela Aguilar de Paz.

Maximino López Ramírez.

*Que depositaron en mi confianza y alegría para
alcanzar el camino del bien y me fortalecían,
apoyándose en todo lo que emprendo gracias
por todo Papá.*

A mi Hermano y Padrino

Héctor Felipe López Aguilar.

Narciso Silva

*Por sus palabras y acciones que me motivaron a
seguir.*

A mis grandes amigos:

Gustavo Aranda Miravete.

Agustín González Torres.

Alejandro Ayala Díaz.

Oscar Olvera Galicia

*Que compartimos juntos el estudio, aprendiendo
y apoyándonos en todo momento y en especial a
ustedes Gustavo y Oscar.*

A mis primos:

Guadalupe Lorena García Aguilar.

José Alberto Castro Aguilar.

Por su tiempo y apoyo.

A mis abuelitos:

Maria de Paz.

Felipe Aguilar.

*Por los recuerdos que tengo que me motivaron a seguir adelante los
quiero.*

Al

Lic. Mario Rosales Betancourt.

*Por su valiosa ayuda y dirección en la realización del presente
trabajo. Gracias por todo Mario.*

ÍNDICE

Introducción ----- I II

CAPÍTULO I

Antecedentes Históricos de la Administración Pública Federal en México.

1.- La Administración Pública Federal de 1821 a 1857. -----	2
2.- Evolución de la Administración Pública Federal 1858 a 1910.-----	19
3.- Proceso Revolucionario y Post revolucionario de 1911 a 1940.-----	31
4.- Periodo de 1941 al 2000.-----	48

CAPÍTULO II

Concepto y Finalidad de la Administración Pública

1.- Concepto.-----	55
2.- Concepto Compuesto.-----	55
3.- Concepto Jurídico; Formal y Material.-----	58
4.- Teoría de la Organización Administrativa.-----	64
5.- Finalidad de la Administración Pública.-----	72

CAPÍTULO III

Cambios orgánicos realizados al inicio del gobierno de Vicente Fox en el 2000.

Secretaría de Seguridad Pública.

1.- Antecedentes históricos.-----	79
2.- Finalidad de la creación.-----	80
3.- Estructura orgánica.-----	83
4.- Atribuciones.-----	86
5.- Marco Jurídico-----	88

Secretaría de Economía.

1.-Antecedentes. Históricos.-----	91
2.-Finalidad del cambio.-----	93
3.-Estructura orgánica.-----	94
4.-Atribuciones.-----	97
5.-Marco Jurídico.-----	101

Secretaría de Agricultura, Ganadería, Desarrollo Rural, Pesca y

Alimentación.

1.- Antecedentes Históricos.-----	103
2.- Finalidad del cambio.-----	105
3.- Estructura orgánica.-----	106
4.- Atribuciones.-----	109
5.-Marco Jurídico.-----	112

Secretaría del Medio Ambiente y Recursos Naturales.

1.- Antecedentes Históricos.-----	114
2.- Finalidad del cambio.-----	115
3.- Estructura orgánica.-----	115
4.- Atribuciones.-----	118
5.-Marco Jurídico.-----	120

Oficina Ejecutiva de la Presidencia de la República.

1.- Antecedentes Históricos.-----	123
2.- Finalidad de la creación.-----	123
3.- Estructura orgánica.-----	125
4.- Atribuciones.-----	126

Secretaría de la Función Pública.

1.- Antecedentes Históricos.-----	127
2.- Finalidad del cambio.-----	129
3.- Estructura orgánica.-----	131
4.- Atribuciones.-----	134
5.-Marco Jurídico.-----	139

CAPÍTULO IV

Reformas en la Función Administrativa

Ley Servicio Profesional de Carrera.

1.- Antecedentes Históricos.....	142
2.- Finalidad de la creación.....	145
3.- Misión.....	145
4.- Atribuciones.....	146

Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública Gubernamental.

1.- Antecedentes Históricos.....	150
2.- Finalidad de la creación.....	151
3.- Misión.....	151
4.- Instituto Federal de Acceso a la Información.....	154

• Conclusiones.....	156
• Bibliografía.....	160

Introducción

La Administración Pública nace como una necesidad de organización estructural del Estado, para garantizar el desarrollo del pueblo a través de los servicios que brinda, los cuales deben estar debidamente organizados a fin de asegurar la eficiencia y eficacia en la prestación de los mismos y llegar al bien común.

En el devenir de la historia, la Administración Pública ha evolucionado y por tanto cambiado su estructura orgánica y operacional de acuerdo a los diversos movimientos sociales, ya que de lo contrario estaría en peligro de tornarse obsoleta en su actuar con los gobernados y provocar desestabilización social.

La Administración Pública esta obligada a estudiar los continuos, imparable y espontáneos cambios políticos; sociales y económicos, y así poder contar con los elementos que le permitan tomar las decisiones encaminadas a reorganizar estructuralmente el órgano administrativo, estando a la par de los mencionados cambios, llegando incluso a crear nuevos órganos administrativos y extinguir otros, dando lugar a que los primeros normen los nuevos ordenes de vida en el Estado; atendiendo las características de dichos fenómenos y adecuando sus tareas encomendadas para ese sector en específico, lo que en ocasiones implica no solamente observar los cambios que se generen hacia dentro del Estado en los tiempos actuales y los cambios globales que en el ámbito mundial tienen lugar, afectando también esa relación con los gobernados, razón por la cual el Ejecutivo deberá tomar en cuenta a México como un Estado y parte de una

comunidad internacional, debe ajustar ciertos sectores de la Administración Pública para garantizar no únicamente un desarrollo interno como nación, sino lograr un Estado con una estructura administrativa tal, que ofrezca oportunidades de desarrollo en base al crecimiento en todos los sectores de la población y que constituyen la fuerza productiva de este país.

CAPITULO I

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Casi mil millones de personas en el mundo tienen hipertensión arterial, y se espera que dicho número se incremente a 1,560 millones de personas para el año 2025. Los cálculos son el resultado de datos recopilados en 30 estudios basados en la población que involucran a 700,000 personas de diferentes regiones del mundo. Se espera que el mayor incremento se produzca en las regiones subdesarrolladas como África y Latinoamérica (1).

La Hipertensión Arterial Sistémica (HAS), se ha convertido en un problema de salud pública que afecta a una considerable parte de la población.

En México la prevalencia informada de HAS entre los 20 y 69 años fue del 30%, es decir, mas de 15 millones de mexicanos, con una prevalencia mayor en los hombres (34%) que en las mujeres (26%) (2).

La Organización Mundial de la Salud, este carácter silencioso y la ausencia de síntomas que en muchos casos acompaña la HAS, constituye uno de los uno de los principales factores de riesgo para la aparición de enfermedades cardiovasculares como los accidentes cerebro vasculares o la enfermedad isquémica del corazón, principales causas de muerte prematura en la mayoría de los países.

Estudios realizados por la Organización Mundial de la Salud, en relación con los efectos y consecuencias de la HAS a mediano y largo plazo sobre la salud global del enfermo, los resultados obtenidos indican que tan sólo bajando un poco la presión arterial se reduce la mortalidad por accidentes cerebro vasculares o la enfermedad isquémica del corazón entre un 15% y un 40%, especialmente en personas mayores de 65 años (3).

Según la Organización Panamericana de la Salud (4), los estudios realizados 1999 demostraron que, en las Américas, la mayor prevalencia de hipertensión entre hombres se ha encontrado en Maracaibo, Venezuela (49.7%) y la menor, entre los indios mapuches de Chile (9.1%). En las mujeres, la tasa más alta se registró en Paraguay (43.9%) y la más baja en la Ciudad de México (9.7%), además resalta que los latinoamericanos están acostumbrados a estilos de vida poco saludables.

Este problema que se ha suscitado como consecuencia de los cambios socioculturales y económicos en la sociedad moderna el cambio en los estilos de vida del ser humano, con relación a sus patrones de alimentación, trabajo, descanso y la incorporación de elementos perjudiciales para la salud y que son aceptado socialmente tal y como es el caso del alcohol y el cigarrillo.

En el caso específico de México, la situación no difiere de lo planteado anteriormente, pues los cambios sufridos en los últimos años en la estructura social, política, económica y cultural del país, han llevado a cambiar sus hábitos de vida, reemplazándolos por otros que resultan perjudiciales para su salud y que se relacionan con exceso de estrés, el alto consumo de grasas animales y sales, la ingesta excesiva de bebidas alcohólicas y la adopción de patrones inadecuados de descanso. Factores que en su conjunto incrementan de manera significativa la posibilidad de aparición de la HAS.

Es importante señalar que dentro de las patologías cardiovasculares se encuentra la hipertensión arterial, la cual es una enfermedad prevenible, si los individuos toman las medidas necesarias o controlables en caso de que se haya adquirido; siendo el control, el cambio de los hábitos de vida, indispensable para la prevención de las complicaciones que pudieran derivarse para el hombre del padecimiento de esta enfermedad.

Es por esta razón que se hace indispensable la aplicación por parte del equipo de salud de las acciones pertinentes destinadas a favorecer la prevención de la

hipertensión arterial, mediante un modelo de medicina preventiva que permita satisfacer las necesidades propias de segmentos de la población que se encuentra clasificada como de alto riesgo por su elevada probabilidad de padecer de esta enfermedad.

La enfermera como parte del equipo de salud y como profesional que pasa con el paciente la mayor parte del tiempo, por la naturaleza de su participación en los cuidados de atención directa, se encuentra llamada a tomar parte activa en la prevención mediante el desempeño del rol de educadora, proporcionándole al paciente la información referida a las actividades de prevención de la hipertensión arterial, así como el auto control que debe tener el paciente una vez que ya la padece.

En México existe la Norma Oficial Mexicana destinada para la prevención tratamiento y control de la HAS es importante destacar que la misma:

Sólo llegan a una pequeña cantidad de personas, con la de que los pacientes y en algunos casos hasta los diversos miembros que componen el equipo de salud desconocen tanto la existencia como los fundamentos filosóficos, psicológicos, educativos e inclusive económicos que sustentan esta Norma.

De acuerdo a las observaciones realizadas, la situación descrita con referencia al desconocimiento por parte de las enfermeras que trabajan en las Unidades Clínicas de los centros asistenciales donde son atendidos los enfermos que padecen HTA, sobre la existencia de los planes de prevención de complicaciones en personas con hipertensión arterial, se ha hecho extensivo a diversas instituciones hospitalarias, dentro de las cuales se encuentra la clínica satélite PEMEX Minatitlan.

Esta Institución hospitalaria posee una consulta externa y una Unidad Clínica de Cardiología destinada a la hospitalización de pacientes que presentan enfermedades cardiovasculares, sin embargo se ha notado la asistencia de un gran número de enfermos que presentan un cuadro clínico en el que pueden observarse complicaciones derivadas del manejo inadecuado de la enfermedad, las cuales generan en muchos casos secuelas transitorias o permanentes. Situación que va en detrimento de la calidad de vida de estos usuarios al impedirle el desarrollo habitual de sus actividades cotidianas, así como el incremento del gasto ocasionado por la permanencia de los usuarios en esta Clínica.

La adopción de nuevos estilos de vida "no saludables" sedentarismo, tabaquismo y consumo de refresco ha sido gradual y progresiva y es uno de los puntos clave a atacar en estrategias de prevención. Es por ello que se hace necesario determinar la participación del Profesional de enfermería como dispensador de salud en el ofrecimiento de la información necesaria sobre estilos de vida saludables, prácticas de autocontrol y conocimiento de la enfermedad y sus complicaciones.

Con base en los planteamientos realizados en este trabajo se formula el siguiente problema de investigación:

¿Cuál es la información que en materia de salud proporciona Enfermería a los pacientes del club de hipertensos de la Clínica satélite (PEMEX) de la población de Minatitlan del Estado de Veracruz?

1.2 JUSTIFICACIÓN

El estudio se justifica plenamente a partir de considerar los siguientes argumentos: La Hipertensión Arterial es una Enfermedad Crónica Esencial del Adulto (ECEA) con una tasa de prevalencia del 33% en el Estado de Veracruz y con la mayor incidencia en la Clínica Satélite (PEMEX) Minatitlán, además del alto impacto económico y social que implica un problema tanto para la institución por las altas tasa de urgencias hipertensivas y eventos vasculares cerebrales, insuficiencia renal crónica, cardiopatía isquémica y retinopatía entre otros ya que estos van en aumento y no en reducción como podría esperarse, aunado al desgaste y alto costo también de la familia que alberga a un hipertenso.

Por otro lado la HTA es una de las principales enfermedades generadoras de incapacidad e invalidez, afectando tanto al grupo poblacional económicamente activo como al grupo de la tercera edad y además el costo de su atención es elevado y en general al tratarse de un padecimiento no curable sino únicamente controlable.

La Hipertensión al ser una enfermedad 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. Ya que lamentablemente el 61% de los hipertensos detectados en la Encuesta Nacional de Salud 2000, desconocieron ser portadores del mal, situación que es de extrema importancia ya que en general la hipertensión arterial sistémica se puede presentar en forma asintomático, por lo que el daño a órganos blanco es alto.

El personal de Enfermería, debe prestar atención a los pacientes que presenten esta problemática ya que la prevalencia de HAS guarda estrecha relación con la edad, medio ambiente-estilo de vida, género y factores co-mórbidos, tales como diabetes, obesidad, dislipidemias, tabaquismo y predisposición genética, y por supuesto estilos de vida.

Un campo muy importante de la Enfermería es Educación para la Salud que presta al individuo o colectivamente. La educación para la salud debe ser lo más completa posible, abarcando distintos aspectos de su enfermedad debe orientarse hacia aspectos positivos y no hacia el temor, ya que este último frecuentemente genera rechazo o negación de la enfermedad y buscando involucrar a la familia.

La atención de la enfermería presupone el liderazgo tanto en lo individual como en la comunidad en las acciones para la promoción de estilos de vida saludable prácticas de autocontrol y que le permita al paciente tener conocimiento de su enfermedad, sus complicaciones y consecuentemente la toma de decisiones, la planeación valorativa constante del impacto que pueda tener. Pues la adopción de un estilo de vida "no saludable" ha sido gradual y progresivo y es uno de los puntos clave a atacar por parte de enfermería en Hipertensión Arterial.

Es muy importante destacar que en la actualidad se considera que la prevención primaria es un problema de educación y de cambios en el estilo de vida y que la prevención secundaria es un problema de adherencia del paciente a su tratamiento (5).

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo General

- Identificar las características de la información que en materia de Hipertensión Arterial, Enfermería proporciona a los pacientes del club de hipertensos de la clínica satélite PEMEX de la población de Minatitlán, Veracruz

1.3.2 Objetivos Específicos

- Reconocer la información proporcionada por el Personal de Enfermería sobre la promoción de estilos de vida saludables a los pacientes que acuden al club de hipertensos de la clínica satélite
- Identificar la información proporcionada por Enfermería sobre prácticas de autocontrol y aspectos generales de Hipertensión Arterial

CAPITULO II

MARCO TEORICO

HIPERTENSIÓN ARTERIAL

2.1 CONCEPTO

La Hipertensión Arterial es un síndrome de etiología múltiple, que se caracteriza por una elevación persistente de la resistencia vascular periférica y que se traduce en daño vascular sistémico.

También se define como presión arterial sistólica con promedios de 130 mm Hg o mayores y presión arterial diastólica con promedios de 90 mm Hg o mayores (6).

2.2 CUADRO CLINICO

Desgraciadamente la enfermedad cursa asintomática, por lo que puede evolucionar silenciosamente durante largo tiempo, hasta que surge una lesión orgánica que la ponga de manifiesto. La gran mayoría de las veces, su detección constituye un hallazgo durante el examen físico, por lo que la presión arterial debe de registrarse sistemáticamente en todos los pacientes cualquiera que sea la causa de la consulta.

Sin embargo la presión extremadamente elevada se asocia regularmente con cefalea, fosfenos, taquicardia y una sensación general de cansancio (7).

2.3 DIAGNÓSTICO

En la actualidad la única manera práctica y no invasiva de hacer diagnóstico precoz de hipertensión arterial es mediante la medición de la presión arterial, utilizando un esfigmomanómetro con la técnica correcta como a continuación se describe.

Para la apropiada medición de la presión arterial, el paciente debe estar sentado, y no haber fumado o ingerido cafeína en los treinta minutos anteriores a la toma y después de 5 minutos de reposo; la medición debe contemplar que el brazalete sea el adecuado, sobretodo en pacientes

obesos y debe ser tomada en ambos brazos; la presión arterial se debe tomar en posición supina (recostado) y de pie. Así mismo, la medición correcta en diferentes horarios, para asegurar así un diagnóstico acertado.

Para hacer el diagnóstico de Hipertensión Arterial, se requieren 3 registros con intervalos de unas 2 semanas entre cada uno, siendo recomendables 2 lecturas en cada visita, desde luego si en la primera valoración se detectan cifras elevadas (120 mm Hg de diastólica), o daño a órgano blanco, es suficiente para justificar un diagnóstico e iniciar manejo (8).

2.4 FACTORES DE RIESGO

Los factores de riesgo son aquellas variables de origen biológico, físico, químico, psicológico, social, cultural, etc. que influyen mas frecuentemente en los futuros candidatos a presentar enfermedad.

Resulta útil considerar que la hipertensión esencial surge como resultado de una compleja interacción entre factores modificables y no modificables y mecanismos de control de la presión arterial (9).

Algunos factores de riesgo modificables son:

Ingesta de Sodio (Sal).-

Aunque se sabe que un consumo excesivo de sal aumenta la prevalencia de Hipertensión Arterial, el mecanismo por el cual la ingesta de sodio aumenta dicho padecimiento al parecer está asociada a un aumento moderado de catecolaminas circulantes.

Los principales condimentos ricos en sodio son:

Sal de ajo y cebolla, ablandadores de carne, consomé en polvo, polvo para hornear, salsa de soya, catsup, salsa inglesa, aderezos ya preparados, otros como alimentos embutidos, productos de salchichonería y enlatados.

Alcohol.-

El alcohol puede producir una elevación aguda de la presión arterial mediada por activación simpática central cuando se consume en forma repetida y puede provocar una elevación persistente de la misma.

Sobrepeso.-

La obesidad es un factor habitualmente asociado a la Hipertensión Arterial, siendo en ocasiones el único elemento presente. Esta comprobado que la reducción de peso se sigue de un descenso significativo de las cifras tensionales.

Sedentarismo.-

El efecto hipertensivo en la poca o nula actividad física se describe con un aumento en la estimulación simpática al disminuir el efecto de los baroreceptores, también se ha descrito que aumenta la rigidez de las arterias y disminuye la sensibilidad a la insulina. Así mismo el sedentarismo disminuye las lipoproteínas de alta densidad (DHL) y aumenta las de baja densidad (LDL) además contrae los vasos sanguíneos y puede aumentar la presión arterial.

Tabaquismo.-

El tabaco es un poderoso factor que acelera la aterosclerosis y daño vascular producido por la hipertensión arterial. El tabaco incrementa los niveles de colesterol sérico, la obesidad y agrava la resistencia a la insulina. ¹

Factores de Riesgo no modificables

Dentro de los factores de riesgo no modificables están:

Historia Familiar.-

Se ha podido demostrar un componente genético mediante estudios con gemelos monocigóticos y dicigotos que fueron separados y luego reunidos, así como por investigaciones comparativas entre hijos adoptados e hijos biológicos. Los estudios con gemelos indican que aproximadamente 50% de la variabilidad en la presión arterial entre individuos se relaciona con factores hereditarios (10).

Sexo.-

El ser varón es un factor de riesgo para cardiopatía isquémica e hipertensión arterial. Entre los 35 y 40 años se tiene una mortalidad por esta enfermedad de cuatro a cinco veces más que la mujer. En la mujer posmenopáusicas existe mayor prevalencia de hipertensión arterial, así como un deterioro del perfil lipídico con un aumento del colesterol y la lipoproteínas de baja densidad.

Raza.-

Estudios longitudinales han demostrado que la raza negra es la de mayor incidencia.

¹ Tomado de Manual de hipertensión fundación Aventis 2004.

2.5 COMPLICACIONES

La presión excesiva hace trabajar más al sistema cardiovascular. Por un lado esta presión lesiona las paredes de los vasos sanguíneos haciendo que progresivamente pierdan su capacidad de dilatarse o contraerse de acuerdo a las necesidades del organismo. Los cambios en la pared interna de las arterias favorecen que se depositen en su interior grasas, principalmente colesterol, que progresivamente van ocluyendo la luz de estas arterias. A este cambio se le conoce como:

Aterosclerosis y las complicaciones de la misma ya representan la primera causa de muerte en nuestro país.

La sobrecarga de trabajo impuesta por la Hipertensión Arterial afecta tanto al corazón que empieza a aumentar su tamaño para compensar esta situación. Esta capacidad del corazón no es todo benéfica ya que requiere de una mayor cantidad de sangre y nutrientes para lo que pueden llegar a ser insuficientes las arterias que llevan estos elementos al corazón y al presentarse estos cambios, el corazón se vuelve insuficiente para compensar la Hipertensión e incluso para las necesidades del organismo.

Este es el fenómeno llamado **Insuficiencia Cardíaca**.

Los riñones son otros órganos que se ven afectados por incremento en la presión arterial y progresivamente su función va deteriorándose como consecuencia de la sobrecarga a la que se ven sometidos. Los pacientes hipertensos no controlados desarrollan **Insuficiencia Renal** y por ello pueden llegar a requerir tratamientos como la diálisis o el trasplante de riñón.

El cerebro también se ve afectado por la Hipertensión Arterial. Una forma es el incremento de presión sobre las arterias cerebrales, que cuando es excesiva, puede causar **Edema Cerebral**.

Otra forma es a través de daño sobre los vasos sanguíneos cerebrales ya sea que se rompan y causen una **Hemorragia Cerebral** o que se ocluyan

progresivamente por la aterosclerosis y puedan producir **Infartos Cerebrales**. Dadas las importantes repercusiones que tiene la Hipertensión Arterial sobre el ámbito personal, familiar y social, se tiene que poner mayor énfasis en programas que tengan como meta volver más conciente a la población sobre la importancia de prevenir, detectar y tratar a tiempo este padecimiento.

Otro daño producido por la hipertensión arterial es la **Retinopatía Hipertensiva** pues el aumento constante de la presión a ese nivel afecta los vasos sanguíneos que son altamente sensibles en el ojo.

El estudio del fondo de ojo sirve para saber si hay daño hipertensivo en los vasos sanguíneos informándonos el grado de daño causado por el proceso de la hipertensión (11).

2.6 CLASIFICACION

De acuerdo con la OMS el límite para definir a un paciente como hipertenso es igual o mayor a 140 mmHg en la presión sistólica y una elevación mayor o igual de 90 mmHg en la diastólica. Sin embargo se deben tener en cuenta algunas recomendaciones antes de catalogar a un sujeto como portador de HTAS.

Es preciso confirmar que la elevación de la presión arterial sea genuina es decir, descartar que factores externos pudieran ocasionar la elevación transitoria de la presión arterial en un momento dado tales como ejercicio previo reciente, ingesta de café, té, o cualquier otra sustancia estimulante en por lo menos una hora previa a la toma de la presión arterial (12).

A continuación se presentan algunos cuadros en donde se mencionan diferentes clasificaciones por valores, por estadios, por daño a órganos blanco y por la OMS.

Cuadro 1.
Valores de referencia para la presión arterial en el humano.

Categoría	Presión sistólica	Presión diastólica
Nivel óptimo	<120 mm Hg	<80 mm Hg
Normal	120 a 129 mm Hg	80 a 84 mm Hg
Normal alta*	130 a 139 mm Hg	85 a 89 mm Hg
Hipertensión	140 o más mm Hg	90 o más mm Hg

FUENTE: Guías de hipertensión. Archivos de Cardiología México 2004

*Si se trata de un paciente diabético con nefropatía (proteinuria) estas cifras deben ser consideradas como si fuera hipertensión y requiere tratamiento farmacológico.

Cuadro 2.
Estadios de Hipertensión Arterial

Categoría	Sistólica	Diastólica
Estadio I	140-159 mmHg	90-99 mmHg
Estadio II	160 o más mmHg	100 o más mmHg

FUENTE: Guías de hipertensión. Archivos de Cardiología México 2004

Cuadro 3.
Clasificación de la Hipertensión Arterial por Daño a órgano Blanco.

ESTADIO I
Sin signos aparentes de repercusión visceral
ESTADIO II
Deben estar presente algunos de los siguientes signos:
° Hipertrofia ventricular izquierda
-Retinopatía grado II
-Proteinuria y aumento de creatinina plasmática
ESTADIO III
Aparecen signos y síntomas de afectación visceral severa:
° Insuficiencia cardiaca o coronaria
° Encefalopatía
° Hemorragia retinaria. Papiledema.
° Insuficiencia Renal manifiesta
° Evento vascular cerebral

FUENTE: Manual de Hipertensión Fundación Aventis 2004

Cuadro 4.
Clasificación de la Hipertensión Arterial según OMS

CATEGORÍA	SISTOLICA mm Hg	DIASTOLICA mm Hg
NORMAL	< 120	< 80
PREHIPERTENSION	120-139	80-89
HIPERTENSIÓN	> 139	> 89

FUENTE: Organización Mundial de la Salud 2000.

2.7 BENEFICIOS DE LAS MODIFICACIONES AL ESTILO DE VIDA EN EL HIPERTENSO

El termino: **“Modificaciones al estilo de vida”** han venido a sustituir al de tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial muy ventajosamente, pues implica un concepto mucho mas amplio. En primer lugar cuando se habla con el paciente de dieta, ejercicio, etc., en términos aislados y fuera de un contexto integral, el hipertenso tiene la impresión que se trata de algo artificial y temporal, mientras que si se habla de modificación permanente de estilo de vida, entiende que lo que se requiere es un esfuerzo sostenido para modificar permanentemente hábitos indeseables, en su forma de comer, en su manera de enfrentar su relación con su entorno, en su actividad física y en el consumo de sustancias nocivas como el tabaco y el alcohol. En segundo lugar estas maniobras aunque son útiles para el tratamiento en si de la hipertensión, mas lo son para la prevención de las complicaciones propias de la hipertensión, de la aterosclerosis y de algunos de los efectos indeseables de los medicamentos.

Las modificaciones al estilo de vida, serian teóricamente la mejor opción para el tratamiento antihipertensivo, pues aparentemente son más baratas, más naturales, con menos efectos colaterales y más seguras; sin embargo, hay que recordar para que sean realmente útiles requieren de un equipo profesional (médico, enfermera, nutrióloga, preparadores físicos, psicólogos, etc.); lo lamentable de esto es que las modificaciones al estilo de vida tiene un índice de abandono mucho mayor que el tratamiento farmacológico. Sin embargo, cualquier intento exitoso de modificar estos hábitos, redundara en un mejor pronostico para el paciente y en una mejor calidad de vida.

Las modificaciones al estilo de vida que a continuación se mencionan tienen una verdadera acción hipotensora tal y como a continuación se demuestra:

Control de peso corporal

En estudios se ha demostrado claramente que la pérdida de sobrepeso ayuda a disminuir la presión arterial. La obesidad y la relación aumentada de cintura de cadera también constituyen factores de riesgo de enfermedad cardiovascular, independientemente de la hipertensión.(13) La baja ponderal reduce la presión arterial; Ressin y cols. demostraron que la pérdida de peso aproximadamente 5 Kg se relaciona con una disminución de 5.4/ 2.4 mm Hg. en la presión (14).

Aumento del ejercicio físico

Hay evidencias de que el ejercicio físico de moderada intensidad puede reducir la presión arterial. En estudios epidemiológicos prospectivos se observó que el grado de ejercicio físico es inversamente proporcional a la incidencia de episodios cardiovasculares letales.

Por lo tanto son muy recomendables las sesiones diarias de ejercicio dinámico, como correr, nadar, pasear en bicicleta, así como hacer 30 min. de caminata vigorosa (13).

Reducción del consumo de alcohol

Estudios controlados con muestreo aleatorio han demostrado que la reducción del consumo de alcohol baja la presión arterial en hipertensos con o sin tratamiento (12). En un estudio controlado se observó que una reducción de 452 a 64 ml en el consumo semanal de alcohol se relaciona con una disminución de 5/3 mmHg en tres semanas (15). Aun no se ha determinado cuáles son los medicamentos de la hipertensión inducida por el alcohol, pero probablemente son mediados por el sistema nervioso central. El consumo de bajo a moderado de bebidas alcohólicas(un equivalente de 10 a 40 g de etanol al día) brinda cierta protección contra trastornos isquémicos coronarios y cerebrales. Por el contrario la ingesta elevada de etanol hace que aumente el número de sucesos letales.

Disminución de la cantidad de sodio (sal) en la dieta:

Tanto en estudios epidemiológicos como en ensayos clínicos con testigos se ha demostrado que el sodio en la dieta influye en el surgimiento y la permanencia de hipertensión. En estudios con intervenciones se ha demostrado que la disminución del consumo total de sodio a 70 a 90 mmol/día se relaciona con una reducción significativa en la presión arterial de pacientes hipertensos (13-14). En efecto mediante un análisis de 23 investigaciones con testigos se demostró que una disminución de 100 mmol/día en el consumo de sodio se asocia con una reducción de 5.7/ 2.7 mm Hg en la presión arterial de hipertensos, en comparación con solo 2.2/ 1.3 mm Hg en normotensos

Prudencia en la dieta (consumo abundante de fibra y reducción del consumo de grasas a un 30% aprox.)

Algunos datos aislados indican que las dietas ricas en fibra podrían disminuir la presión arterial, pero es difícil separar este dato de otros factores dietéticos y valorarlo de forma aislada. Aun cuando el equipo de Rouse(1993) demostró que una dieta vegetariana disminuía la presión arterial, no ha sido posible identificar cual de los factores dietéticos es responsable del efecto hipotensor (16).

Para bajar la ingesta de sal y grasas y aumentar la de potasio, es preciso comer mas frutas, verduras y pan integral sin sal. Esto significa aumentar la ingesta de fibra y pasar a una dieta más vegetariana.

Aumento del consumo de potasio

Estudios con modelos animales de experimentación sugieren que las dietas con alto contenido de potasio no solo reducen la presión arterial, sino también protegen contra lesiones vasculares (13). Es común que los alimentos ricos en potasio contengan bajos niveles de sodio.

Abandono del habito de fumar

El tabaco es el principal factor de riesgo individual para las enfermedades vasculares prematuras, sobre todo la cardiopatía isquémica. El tabaquismo actúa

junto con la hipertensión y la hipercolesterolemia potenciando el riesgo de la enfermedad cardiovascular. Por ello, los pacientes hipertensos no deberían fumar, existe pruebas que al dejar de fumar produce por sí mismo un descenso de la presión arterial.

Reducción del estrés psicosocial

Uno de los métodos hipotensores más eficaz es dormir mucho. Esta caída de la presión arterial inducida por el sueño se atribuye fundamentalmente a la dilatación de la musculatura lisa vascular, un reflejo esencial para el éxito de todas las terapias conductistas y de relajación. Así, aun cuando los pacientes pueden presentar una disminución de la presión arterial en el momento de la determinación (principalmente porque aprenden a relajarse en ese instante), no esta claro que la presión arterial se mantenga reducida cuando los pacientes llevan a cabo sus actividades cotidianas a presión al margen. De todos modos, es conveniente aconsejar a los pacientes que revisen su estilo de vida y tengan un día a la semana de tranquilidad, puesto que no es agradable vivir en constante tensión.

Existen asociaciones internacionales que plantean algunos criterios a considerar para el control de la hipertensión basados inicialmente en modificaciones por periodos largos de tiempo en el estilo de vida aunado al uso de fármacos que pasan a ocupar un segundo lugar.

TABLA 4
Importancia de las modificaciones al Estilo de Vida.

	Grupo de Riesgo	Grupo de Riesgo	Grupo de Riesgo
Estadios de Presión Arterial en mm Hg	Bajo Riesgo Sin factores de Riesgo Sin DOB o ECCV	Riesgo Medio Con Factores de Riesgo Sin DOB o ECCV	Alto Riesgo Con Factores de Riesgo Con DOB o ECCV
Pre-hipertensión 120-139 / 80-89	Modificaciones al Estilo de Vida Mínimo 12 meses	Modificaciones al Estilo de Vida Mínimo 12 meses	Modificaciones al Estilo de Vida y Medicamentos
Estadio 1 140-159 / 90-99	Modificaciones al Estilo de Vida Mínimo 12 meses	Modificaciones al Estilo de Vida Mínimo ** 6 meses	Modificaciones al Estilo de Vida y Medicamentos
Estadio 2 >160 / >100	Modificaciones al Estilo de Vida y Medicamentos	Modificaciones al Estilo de Vida y Medicamentos	Medicamentos y Modificaciones al Estilo de Vida.

Fuente: Adaptación del JNC VII, OMS y Sociedad Europea de Hipertensión.

DOB =Daño a órgano Blanco (Corazón, Riñón, Retina, Arterias)

ECCV =Enfermedad Clínica Cardiovascular (Hipertrofia del Ventriculo Izquierdo, Angina, Isquemia Cerebral, Neuropatía, Retinopatía, Enfermedad Vasculat Periférica)

* Para los que tienen falla Cardíaca, insuficiencia Renal, Diabetes.

** Para pacientes con múltiples factores de riesgo, el clínico debe considerar terapia farmacológica específica.

2.8 TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO

La intervención farmacológica en el tratamiento de la hipertensión arterial debe estar orientada a disminuir las cifras tensionales a valores en los cuales no se comprometa la perfusión orgánica, se preserve o restablezca la adecuada función de los órganos vitales como cerebro, riñón, corazón y vasos sanguíneos y además proporcionar al paciente una mejoría en su calidad de vida y ser accesible al presupuesto de las mayorías.

Resulta muy difícil reunir los requisitos del antihipertensivo ideal y es por ello que existen tantos fármacos antihipertensivos (17).

Ver tabla 5.

**TABLA 5
COMPARACIÓN DE LAS PRINCIPALES CLASES DE FÁRMACOS
ANTIHIPERTENSIVOS**

CLASE	SELECCIONADO	MODO DE ACCIÓN	OTRAS INDICACIONES
DIURETICOS	Hidroclorotiazida	Elimina sodio y líquidos y reduce el volumen Plasmático lo que resulta En reducción de la resistencia vascular.	Insuficiencia Cardíaca
	Furosemida	Es efectiva aun cuando la función renal esta dañada	Edema de otra etiología
BLOQUEADORES BETA	Atenolol	Bloquean los receptores beta en el miocardio lo que resulta en reducción de la frecuencia cardíaca y el gasto cardíaco.	Angina de pecho
	Metroprolol		Infarto al miocardio
	Bisoprolol		
BLOQUEADORES ALFA	Doxazosina	Bloquea receptores alfa 1 y reduce la resistencia periférica	Hipertrofia prostática
	Prazosina		
ANTAGONISTAS DEL CALCIO	Nifedipino	Inhibe la entrada de calcio a las células musculares lisas vasculares provocando dilatación arteriolar	Angina de pecho
	Felodipino		
	Amlodipino		
INHIBIDORES DE LA ECA	Ramipril	Inhibe la formación de Angiotensina II y evita la degradación de la bradicinina, lo que provoca vaso dilatación y reducción de la resistencia vascular sistémica	Insuficiencia cardíaca
	Enalapril		Post IM con disfunción ventricular izquierda
	Captopril		Nefropatía diabética Tipo (1)
ANTAGONISTAS DE LA ANGIOTENSINA II	Losartan	Inhibición del enlace de la angiotensina II al receptor AT1, lo que causa reducción de la resistencia vascular sistémica	
	Valsartan		
	Candesartan		

FUENTE: Manual de Hipertensión. Fundación Aventis.2004.

2.9 INTERVENCION DE ENFERMERÍA EN LA EDUCACIÓN Y PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE

Como parte del ejercicio laboral constantemente me emergen preguntas que pudieran mejorar la calidad de vida de los pacientes hipertensos ya que este padecimiento es el resultado de un proceso multifactorial que la persona al conocerlo puede modificarlo o corregirlo en forma positiva y esas acciones se van asociando significativamente para prevenir que la enfermedad aparezca o evitar complicaciones de la misma.

Ello implica que la prevención mediante la **educación y la modificación de los estilos de vida** del paciente sigue siendo un desafío para el personal de enfermería y que mediante el trabajo organizado y predicar con el ejemplo sea el medio para la construcción de hábitos sanos para una vida saludable.

2.10 ESTRATEGIA EDUCATIVA PARA EL PACIENTE HIPERTENSO

La Hipertensión Arterial esencial comparte junto a la Diabetes Mellitus, dislipidemia, 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 para el profesional de Enfermería 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 ó 50 años (18).

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

La Enfermería presupone el liderazgo tanto en lo individual como en la comunidad en las acciones para la promoción de estilos de vida saludable y 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 la 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 (19).

¿Es este un problema de las autoridades sanitarias, de los Profesionales de salud incluyendo a Médicos, desde luego Enfermería, trabajadoras sociales, nutriólogos, psicólogos, etc. o bien incluye a la población en su conjunto?

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

En las siguientes líneas se desglosara la participación de Enfermería en la responsabilidad del cuidado de la Salud tanto del paciente como de nuestra comunidad.

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.

Posiblemente, el primer y más difícil desafío que tendría que enfrentar Enfermería en la educación de los hipertensos 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 (20). En el personal de enfermería y aún menos pacientes no se tiene 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, sodio, 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 (21).

Por ello, la indicación de tratamiento antihipertensivo no debe quedar 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 se debería siempre solicitar a un paciente adulto a que concurra 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 del paciente.

Esta visión esta en la práctica diaria condenada al fracaso.

Una aproximación más lógica resulta 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 normo tensos). 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 (22).

¿Cuántos adultos conocen la presión arterial de sus hijos?.

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? Contrólelos".

Algunas acciones exitosas en otros países tendrían que ser progresivamente adoptadas en nuestro medio.

A modo de ejemplo, la Fundación Cardiológico Argentina, órgano comunitario de la Sociedad Argentina de Cardiología, esta desarrollando a lo largo de todo el país, el programa "Educando", (23) 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.

Debería de haber una materia en salud en donde el personal de Enfermería educara de manera continua y a temprana edad ya que la educación para la salud no empieza con el individuo enfermo, ni siquiera en el adulto sano, sino que debe empezar desde la educación preescolar demuestran experiencias previas en todo el mundo tal como lo demuestra la Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas de 1993 la correlación entre el nivel educativo y la prevalencia de la hipertensión arterial (Ver tabla 6).

Tabla 6

Prevalencia de hipertensión según nivel educativo en adultos de 20-69 años.

NIVEL EDUCATIVO	PREVALENCIA
NINGUNO	43.3%
PRIMARIA	32.5%
SECUNDARIA	22.0%
PREPARATORIA	18.7%
LICENCIATURA	17.0%
POSGRADO	21.2%

Fuente: Encuesta Nacional de Enfermedades Crónicas 1993

2.11 INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL AUTOCONTROL DEL PACIENTE HIPERTENSO

¿Qué debe saber el hipertenso?

A través de estos aspectos considero se tendría una plataforma informativa para el control de la presión arterial.

AUTO-MONITOREO DE LA PRESIÓN ARTERIAL

En los últimos años, se ha hecho común que los pacientes controlen o verifiquen su presión arterial (auto-monitoreo) desde casa o cualquier otro establecimiento no clínico. Este fenómeno se ha incrementado debido en parte al aumento de disponibilidad de esfigmomanómetros automáticos, los cuales son costeables y fáciles de usar.

Este auto-monitoreo de la presión arterial puede ser un auxiliar importante para el manejo de la hipertensión (24). Esta técnica permite que los pacientes tengan una participación directa en el cuidado de su salud. Es más probable que los valores de medición de la presión arterial tomados por los pacientes, sea más representativo del promedio diario de presión arterial que las mediciones tomadas en las clínicas y pueden estar mejor relacionadas al compromiso hipertensivo de los órganos blanco y a la morbilidad cardiovascular. Finalmente este auto-monitoreo tomado por el paciente, tiene el potencial para disminuir los costos de los cuidados relacionados con la hipertensión.

VARIABILIDAD DE LA PRESIÓN ARTERIAL

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 hrs, 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 en registro aislado de presión arterial no necesariamente representa la presión habitual del individuo.

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 bata blanca, 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.

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. Posteriormente 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 y mida al menos 2 ó 3 veces su presión arterial con intervalos de al menos 1 minuto, registrando en distintas columnas la primera, segunda y eventualmente tercera medición (24).

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 los pacientes el hallazgo casual de un valor elevado de presión arterial.

VALORES DE CIFRAS NORMALES DE CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL

El siguiente paso es que el paciente comprenda cuál es el objetivo de lograr el control de la 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.

Romper con el preconcepto que la presión arterial normalmente debe ser mayor en personas de mas de 60 ó 65 años, es tarea difícil, pero posibles 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.(25) De hecho el 60% de los individuos mayores de 65 años padece de alguna forma de hipertensión arterial, y quienes se mantienen normo tensos 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 visco elásticas 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 mas 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.

Sobre la base de 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.

EL OBJETIVO DEL CONTROL DE LA PRESIÓN ARTERIAL

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

El fijar claramente un objetivo terapéutico es de crucial importancia ya que 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 hace unos años en España se detectó que el 47% de los pacientes no sabían cuál era el objetivo a lograr con el tratamiento, (26) manifestando la inexistente comunicación y educación del hipertenso. Posteriormente, se observó que una mayor y dirigida información al paciente, permitió mejorar los resultados en un lapso de pocos meses.

Por ello, es importante que el personal de enfermería y el paciente conformen un equipo de trabajo mancomunado, fijando objetivos y procedimientos claros para alcanzar la meta propuesta.

Cuando el paciente sabe 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.

TIENE QUE TOMAR MEDICAMENTO PARA TODA LA VIDA

Frecuente causa de inquietud para el paciente, pero si 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.(27) 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.

TIENE QUE TOMAR MAS UNA PASTILLA AL DIA

Aproximadamente el 70% o más de los hipertensos requieren de una combinación de al menos 2 drogas antihipertensivas para lograr la normotensión.(28) En grupos particulares de mayor riesgo (diabéticos, ancianos, vasculares, coronarios, etc.), los objetivos terapéuticos son más 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.

SU PRESIÓN SE NORMALIZO. DEBE SEGUIR TOMANDO SU MEDICAMENTO.

No siempre será fácil para Enfermería explicar y para el paciente comprender, que si su presión arterial ahora es normal, es porque toma el medicamento, y que si la abandona es altamente probable que su presión vuelva a elevarse(29).

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 del medicamento incluyen: menor edad, hipertensión de menor severidad, menor duración de la hipertensión, buena respuesta a la terapéutica, excelente adhesión a las modificaciones a su estilo de vida menor requerimiento de dosis o número de fármacos para lograr la normotensión y ausencia de daños a órganos blanco.

TIENE LA DESGRACIA DE TENER PRESIÓN ALTA, COLESTEROL Y DIABETES (SÍNDROME METABÓLICO).

En muchos pacientes resulta de gran importancia una sencilla, pero clara explicación acerca de este problema. Los pacientes comprenden (aunque a veces niegan) que la hipertensión arterial forma parte de una entidad mayor que incluye varias anomalías metabólicas (30) mayor predisposición a la insulino-resistencia, diabetes tipo 2, dislipidemia, sobrepeso con obesidad central, etc.

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 solo un tratamiento conjunto de sus distintos factores de riesgo cardiovascular, será adecuado para la reducción de su riesgo cardiovascular.

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.

SU PRESIÓN PUEDE SER NERVIOSA

Consulta cotidiana que requiere de una adecuada explicación. A lo largo de los años sea divulgado y sobrenfatizado 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 sobre exigencia 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 (31).

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 hrs que con frecuencia demuestra normo tensión 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 la hoja de registro de actividades.

LAS DROGAS ANTIHIPERTENSIVAS NO REDUCEN SU 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 (32).

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, 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 Enfermería.

CADA CUANTO TIEMPO DEBE 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 (33).

**TABLA 6
ESTRATIFICACIÓN DEL RIESGO**

ASOCIA PA ↓	SIN FACTORES DE RIESGO	CON FACTORES DE RIESGO SIN DOB SIN ECVC	DIABETES Y/O DOB Y/O ECVC
PA LIMITROFE	??????	BAJO PERO > AL NORMAL	ALTO
NIVEL 1	BAJO PERO > AL NORMAL	INTERMEDIO	ALTO
NIVEL 2	INTERMEDIO	INTERMEDIO	MUY ALTO
NIVEL 3	ALTO	ALTO	MUY ALTO

FUENTE: J of hypertens (esp.) 2001 Vol. 6 n-2

Ante todo lo mencionado el papel de Enfermería es de suma importancia, pues debe hacerle comprender al paciente hipertenso de estas sencillas pero muy importantes lineamientos para una educación básica que contemple distintos aspectos de la enfermedad, concientizándolo 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 una 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.

CAPITULO III

3.1 METODOLOGÍA

El *diseño* de la investigación fue de tipo descriptivo, transversal y observacional.

El *universo* lo constituyeron 70 hipertensos que estaban registrados en el club, la población se considero a partir de los pacientes que regularmente asistieran a la clínica.

La *muestra* fue por conveniencia de 30 pacientes con mas de un año de ser hipertensos, con 8 asistencias mensuales del año anterior al club con tratamiento farmacológico regular.

El *procedimiento* consistió en acudir y contactar a las autoridades de la unidad para establecer visitas previas al club y así poder observar y ver que tipo de información se daba en las platicas por parte de Enfermería.

Posteriormente y considerando el consentimiento verbal de los sujetos de estudio y respetando los principios *éticos y legislativos* de confidencialidad, anonimato y beneficencia se procedió aplicar en un tiempo aproximado de 35 minutos por cada uno con el instrumento llamado "Información proporcionada a pacientes hipertensos con respecto a la promoción de estilos de vida saludable, prácticas de autocontrol y generalidades de la enfermedad" (Jiménez, R, C; 2003) mismo que consta de 3 apartados:

El primero " Promoción de estilos de vida saludables" con 15 preguntas, el segundo se refiere a "Prácticas de auto-control de Hipertensión Arterial" con 14 preguntas y el tercero " Hipertensión Arterial y Complicaciones", teniendo un total de 39 ítems todos con respuesta likert de tres puntos: nunca, algunas veces y siempre (ver anexo 1).

CAPITULO IV.

RESULTADOS

4.1 DATOS SOCIODEMOGRAFICOS.

EDAD.

De los 30 sujetos en estudio se destaca que el 75% de los pacientes hipertensos tiene menos de 54 años; con una edad promedio de 45 años. Como se ha mencionado en la literatura esto concuerda con que hay que desmitificar que la hipertensión arterial es una enfermedad de gente adulta mayor, tal es el caso que existe en un grupo en etapa productiva y reproductiva.

SEXO

La prevalencia de hipertensión arterial en sexo es la siguiente:

Hombres 29%, Mujeres 71%. Llama la atención que el sector de mujeres es mayor con respecto al otro género en esta comunidad, probablemente a que en su mayoría son amas de casa derechohabientes aseguradas directamente por el esposo; sin embargo esta es en contra de las estadísticas nacionales que reportan mayor prevalencia en hipertensión arterial es en hombres.

ESCOLARIDAD

La relación que existe en la prevalencia de hipertensión arterial en este grupo con respecto al nivel de escolaridad es la siguiente:

Analfabeta 32%, Primaria 54%, Secundaria 6%, Preparatoria 1% y Licenciatura 7%. Estos datos son reflejo de lo que estadísticas nacionales señalan en cuanto a que el mayor número de hipertensos se ubica en sectores analfabetas y educación primaria, lo que hace suponer que la instrucción es un factor asociado a la HAS.

PESO

En cuanto a peso se encontró que de los 30 sujetos de estudio tienen Obesidad 39.8% y Sobrepeso 24.4%, el resto estaba dentro de parámetros normales.

Como se ha mencionado son factores habitualmente asociados a la hipertensión arterial y que la reducción de peso sigue un descenso significativo de las cifras tensionales.

PRENSIÓN ARTERIAL

En el momento de la toma de presión arterial de los 30 individuos se reportó que el 15 % mostró cifras positivas considerables de control (<140/90 mmHg)

Lo anterior podría contribuir a explicar él por que de la tasa de urgencias hipertensivas que se presenta en esa clínica aun cuando eran sujetos que se suponía venían tomando su medicamento regularmente.

A continuación se hace mención de los resultados obtenidos en el instrumento aplicado.

4.2. PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE.

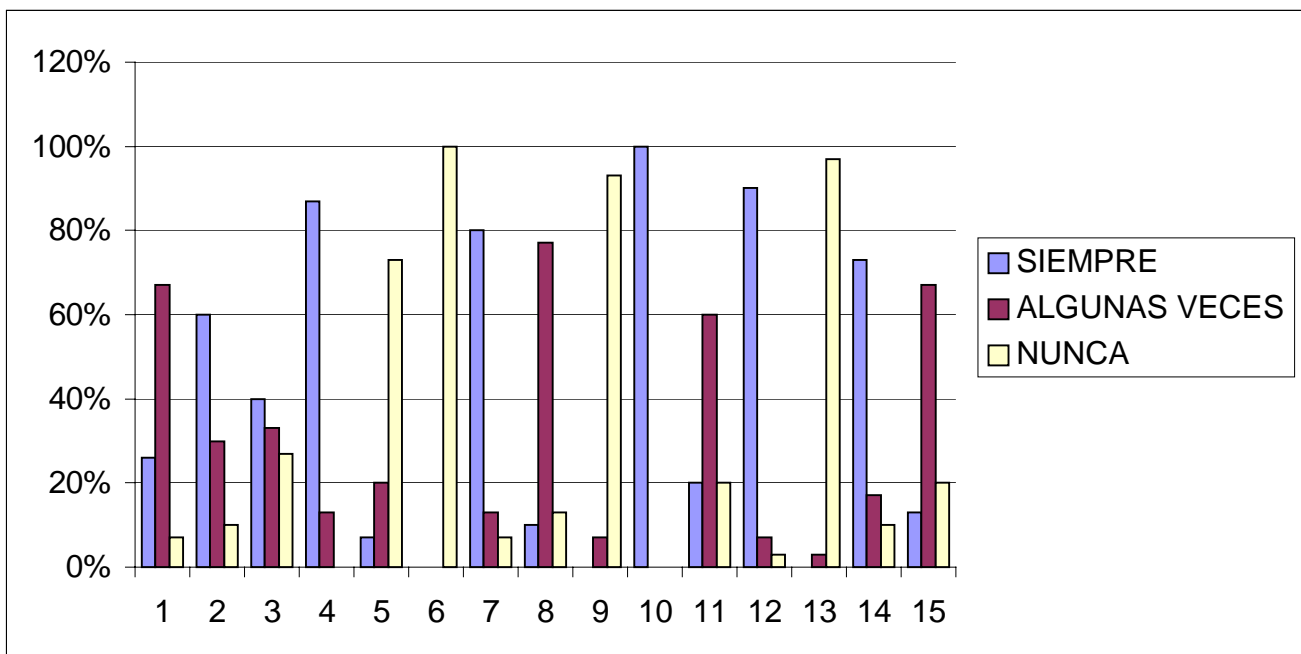
Cuadro 5.

Información que brinda Enfermería con respecto a la promoción de Estilos de vida saludable a los pacientes del Club de Hipertensos de la Clínica Satélite (PEMEX) de la población de Minatitlan, Veracruz.

INDICADOR	PREGUNTA	SIEMPRE		ALGUNAS VECES		NUNCA		TOTAL	
		FC	%	FC	%	FC	%	FC	%
1	Indica la necesidad de mantenerse en el peso correspondiente a su estatura.	8	26	20	67	2	7	30	100
2	Orienta sobre la importancia de realizar ejercicio dinámico (correr, nadar, pasear en bicicleta, caminata 30 min. , etc.)	18	60	9	30	3	10	30	100
3	Informa que el consumo de alcohol contribuye a favorecer el aumento de la presión arterial.	12	40	10	33	8	27	30	100
4	Informa sobre la necesidad de controlar el consumo de sal en sus alimentos.	26	87	4	13	0	0	30	100
5	Informa acerca de la necesidad de seguir una dieta libre de grasa.	2	7	6	20	22	73	30	100
6	Informa sobre la necesidad de incluir en su dieta alimentos ricos en fibra.	0	0	0	0	30	100	30	100
7	Informa sobre la importancia de abandonar el habito de fumar.	24	80	4	13	2	7	30	100
8	Menciona la necesidad de reducción del estrés	3	10	23	77	4	13	30	100
9	Informa que la perdida de sobrepeso ayuda a disminuir la presión arterial	0	0	2	7	28	93	30	100
10	Orienta que el ejercicio físico de moderada intensidad puede reducir la presión arterial	30	100	0	0	0	0	30	100
11	Informa que la reducción del consumo de alcohol baja la presión arterial en hipertensos con o sin tratamiento.	6	20	18	60	6	20	30	100
12	Explica que la disminución del consumo total de sodio (sal) se relaciona con una reducción significativa en la presión arterial de pacientes hipertensos	27	90	2	7	1	3	30	100
13	Indica que las dietas ricas en fibra podrían disminuir la presión arterial	0	0	1	3	29	97	30	100
14	Orienta que al dejar de fumar produce por si mismo un descenso de la presión arterial.	22	73	5	17	3	10	30	100
15	Orienta sobre la necesidad de descanso y manejo del estrés.	4	13	20	67	6	20	30	100
TOTAL		182	37	124	28	144	35	450	100

FUENTE: "Información proporcionada a pacientes hipertensos con respecto a la promoción de estilos de vida saludable, prácticas de autocontrol y generalidades de la enfermedad" (Jiménez, R, C; 2003

GRAFICA 1 PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLE



FUENTE: “Información proporcionada a pacientes hipertensos con respecto a la promoción de estilos de vida saludable, prácticas de autocontrol y generalidades de la enfermedad” (Jiménez, R, C; 2003).

DESCRIPCION .

En la gráfica 1 se destaca que de las 15 acciones a informar por las enfermeras a los hipertensos solo una fue cubierta *siempre* en opinión de los pacientes y esta fue la del ejercicio moderado (100%). Sin embargo *algunas veces* fueron cubiertas las siguientes:

- Disminución en consumo de Sal (90%)
- Dejar de fumar (80%)
- Controlar consumo de sal en los alimentos (87%)
- Orientación sobre dejar de fumar y el descenso de la presión arterial (73%).
- Orientación sobre la importancia del ejercicio dinámico (60%).

Por otro lado existió 1 acción que *nunca* se cubrió: Inclusión en su dieta de alimentos ricos en fibra (100%).

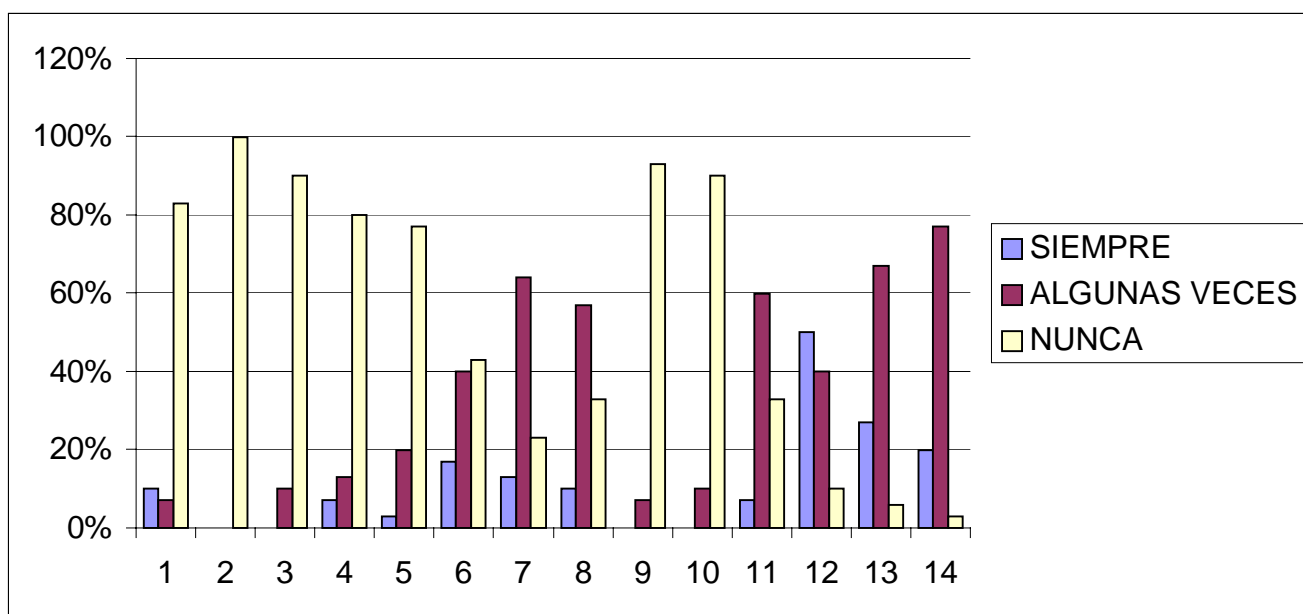
4.3 PRÁCTICAS DE AUTOCONTROL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Cuadro 6.
Información que proporciona Enfermería en cuento a prácticas de Autocontrol de Hipertensión Arterial que debe llevar a cabo el paciente del club de Hipertensos.

INDICADOR	PREGUNTA	SIEMPRE		ALGUNAS VECES		NUNCA		TOTAL	
		FC	%	FC	%	FC	%	FC	%
1	Informa sobre la necesidad de no interrumpir sus medicamentos para la presión.	3	10	2	7	25	83	30	100
2	Informa sobre la importancia del objetivo del control su presión arterial	0	0	0	0	30	100	30	100
3	Menciona que cifras se consideran como control de presión arterial	0	0	3	10	27	90	30	100
4	Explica él por que en ocasiones debe de tomar mas una pastilla al día para su control	2	7	4	13	24	80	30	100
5	Informa de que tiene que tomar su medicamento para toda la vida	1	3	6	20	23	77	30	100
6	Indica sobre al importancia de acudir a sus citas de control	5	17	12	40	13	43	30	100
7	Indica los alimentos que debe mantener fuera de su dieta	4	13	19	64	7	23	30	100
8	Informa sobre los beneficios del manejo de las preocupaciones para controlar el estrés	3	10	17	57	10	33	30	100
9	Explica sobre la importancia de la automedición de su presión arterial	0	0	2	7	28	93	30	100
10	Explica que aunque su presión se halla normalizado debe seguir tomando su medicamento	0	0	3	10	27	90	30	100
11	Informa que los pacientes hipertensos no deben consumir bebidas como el té el café y el alcohol	2	7	18	60	10	33	30	100
12	Explica que el cigarrillo contribuye a elevar la presión arterial por lo que debe evitarse su uso en los pacientes que sufren de HTA.	15	50	12	40	3	10	30	100
13	Orienta sobre las indicaciones dadas por el médico sobre la manera de cumplir el tratamiento que éste le ha asignado	8	27	20	67	2	6	30	100
14	Orienta sobre la necesidad de descanso y manejo del estrés	6	20	23	77	1	3	30	100
TOTAL		49	12	141	33	230	55	30	100

FUENTE: "Información proporcionada a pacientes hipertensos con respecto a la promoción de estilos de vida saludable, prácticas de autocontrol y generalidades de la enfermedad" (Jiménez, R, C; 2003)

GRAFICA 2 PRÁCTICAS DE AUTOCONTROL DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL



FUENTE: "Información proporcionada a pacientes hipertensos con respecto a la promoción de estilos de vida saludable, prácticas de autocontrol y generalidades de la enfermedad" (Jiménez, R, C; 2003)

DESCRIPCION.-

En la grafica 2 se destaca que de las 14 acciones a informar por las enfermeras a los hipertensos ninguna fue señalada como siempre en opinión de los pacientes. Fueron señalados en la categoría de algunas veces por mas de la mitad de los pacientes: la instrucción sobre los alimentos que debe mantener fuera de su dieta, limitar el consumo de bebidas como el té, el café y el alcohol y la necesidad de descanso y manejo del estrés.

Las acciones que nunca se cubrieron en opinión de mas del 70% de los encuestados, fueron:

- La importancia del objetivo del control de su presión arterial (100%)
- La importancia de la auto medición de su presión arterial (93%)

- Aunque su presión arterial se halla normalizado debe seguir tomando su medicamento (90%)
- Menciona que cifras se consideran como control de su presión arterial (90%)
- La necesidad de no interrumpir sus medicamentos (83%)
- Porque en ocasiones tiene que tomar mas de una pastilla (80%)
- Debe tomar su medicamento para toda la vida (77%)

4.4 HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y COMPLICACIONES

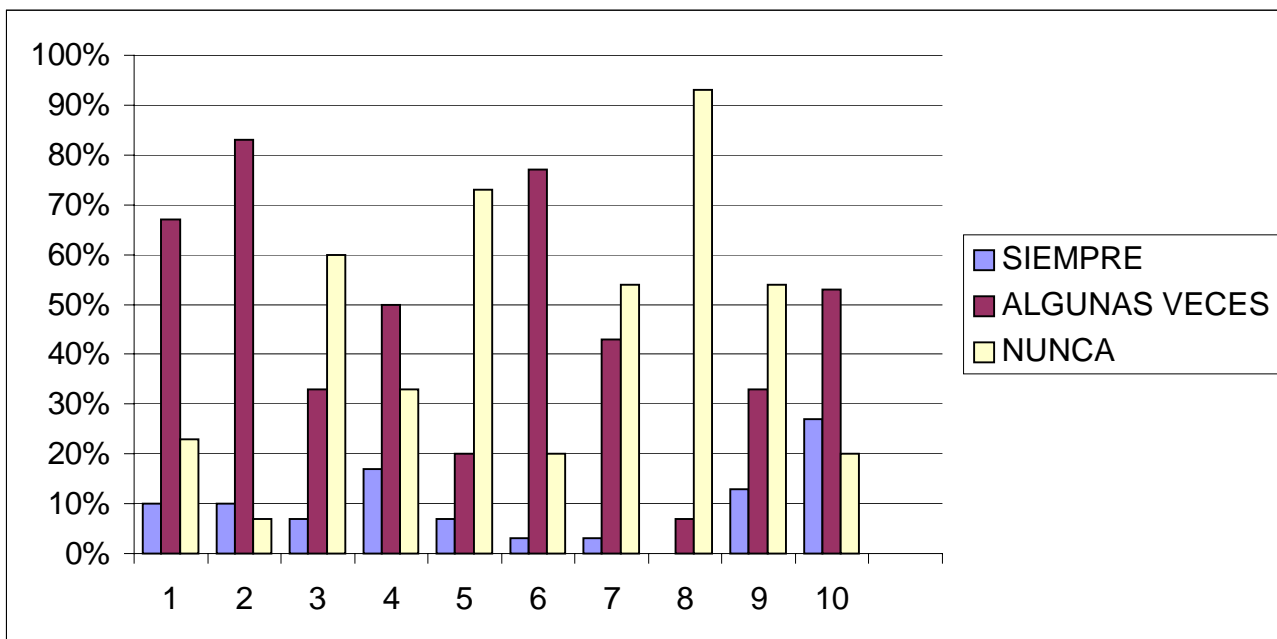
Cuadro 7.

Información proporcionada por el personal de Enfermería con respecto a la Hipertensión Arterial y complicaciones al paciente del Club de Hipertensos.

INDICADOR	PREGUNTA	SIEMPRE		ALGUNAS VECES		NUNCA		TOTAL	
		FC	%	FC	%	FC	%	FC	%
1	. Explica por que se le conoce como Hipertensión Arterial	3	10	20	67	7	23	30	100
2	Informa que en muchos casos la hipertensión arterial no produce síntomas	3	10	25	83	2	7	30	100
3	Indica cuales son las complicaciones de la Hipertensión Arterial	2	7	10	33	18	60	30	100
4	Menciona sobre los factores de riesgo para la aparición de la Hipertensión Arterial	5	17	15	50	10	33	30	100
5	Explica por que a la Hipertensión Arterial se le conoce como el asesino silencioso	2	7	6	20	22	73	30	100
6	Informa a que se le conoce por una elevación persistente de la presión sistólica y diastólica por encima de los valores normales y se traduce en daño vascular sistémico.	1	3	23	77	6	20	30	100
7	Explica que la sobrecarga de trabajo impuesta por la Hipertensión Arterial afecta tanto al corazón que empieza a aumentar su tamaño para compensar esta situación	1	3	13	43	16	54	30	100
8	Informa en que consiste la Insuficiencia Cardiaca	0	0	2	7	28	93	30	100
9	Menciona que los pacientes hipertensos no controlados desarrollan Insuficiencia Renal y por ello pueden llegar a requerir tratamientos como la diálisis o el trasplante de riñón.	4	13	10	33	16	54	30	100
10	Explica que la Hipertensión daña los vasos sanguíneos cerebrales ya sea que se rompan y causen hemorragias cerebrales o que se ocluyan progresivamente por la aterosclerosis y puedan producir infartos cerebrales.	8	27	16	53	6	20	30	100
TOTAL		29	7	140	48	131	45	300	100

FUENTE: "Información proporcionada a pacientes hipertensos con respecto a la promoción de estilos de vida saludable, prácticas de autocontrol y generalidades de la enfermedad" (Jiménez, R, C; 2003)

GRAFICA 3 HIPERTENSIÓN ARTERIAL Y COMPLICACIONES



FUENTE: "Información proporcionada a pacientes hipertensos con respecto a la promoción de estilos de vida saludable, prácticas de autocontrol y generalidades de la enfermedad" (Jiménez, R, C; 2003)

DESCRIPCION.

En la gráfica 3 se destaca que de las 10 acciones a informar por parte de enfermería en cuanto a hipertensión y sus complicaciones, la percepción del paciente fue en la categoría de siempre no se cubrió ninguna de las orientaciones, solo algunas veces fueron mencionados algunos conceptos como: el que la hipertensión arterial daña vasos sanguíneos cerebrales pueden romperse y causar hemorragias (27%).

También se destaca las acciones que nunca se cubrieron en opinión de mas del 50% de los pacientes:

- -Informa en que consiste la Insuficiencia Cardíaca (93%)
- -Explica por que a la HTA se conoce con el asesino silencioso (73%)
- -Cuales son las complicaciones de la HTA (60%)

- La sobre carga por la HTA afecta al corazón que tiene que
- Aumentar de tamaño para compensar esa situación (54%)
- Que los pacientes hipertensos no controlados desarrollan
- Insuficiencia Renal y pueden llegar a requerir tratamientos como diálisis o el transplante renal (54%)

V. CONCLUSIONES Y SUGERENCIAS

En lo que respecta a los estilos de vida saludable la enfermera proporciona información en 7 de cada 10 pacientes en aspectos como la disminución del consumo de sal, realizar ejercicio de moderada intensidad y dejar el hábito de fumar, elementos que pueden influir en la disminución de la presión arterial. Sin embargo existen aspectos que nunca trataron como la importancia de una dieta libre en grasa, rica en fibra, la vinculación entre la pérdida de peso y la reducción de cifras de T/A estos son recursos como se menciona en la literatura que el paciente hipertenso tiene para disminuir cifras arteriales por lo tanto Enfermería tiene oportunidad de fortalecer la información en este sentido y lograr un mayor impacto de la intervención educativa.

En cuanto a las acciones de autocontrol de HTA que las Enfermeras refieren a los pacientes del club lo más lamentable es que ninguno de los indicadores fue cubierto de manera continua en la totalidad de los pacientes.

Por otro lado existieron aspectos poco fortalecidos como: La necesidad de no interrumpir el tratamiento y de continuarlo aun con cifras consideradas como de control de T/A y la importancia de la automedición y la presión arterial. Sin embargo todas estas acciones de alto impacto en la salud y de bajo costo no se conservan en los pacientes hipertensos, por lo que valdría la pena considerar otras estrategias para lograr la permanencia de la información de primera intención y posteriormente lograr la modificación de la conducta.

Finalmente en lo que respecta a la información sobre HTA y complicaciones el paciente evidencia conocimientos aun más difusos en este sentido, colocándolo en un riesgo mayor, así que la Enfermera deberá contemplar las estrategias que en educación para la salud le permitan hacer hincapié en los estragos de esta enfermedad llamada "el asesino silencioso".

Los resultados obtenidos permiten mencionar la urgente necesidad de que los profesionales de enfermería incrementen su participación activa, en el desarrollo de las actividades educativas dirigidas a la prevención de la hipertensión arterial, así como a la prevención de complicaciones, con la finalidad de proporcionar una atención de enfermería de calidad a los usuarios de la Consulta Externa de la Clínica Satélite PEMEX de la población de Minatitlán, Veracruz que padecen de Hipertensión Arterial. Tal situación permitiría entre otras cosas prevenir complicaciones que pudieran generar secuelas transitorias y permanentes por el manejo inadecuado de la hipertensión en los pacientes que la padecen, así como mejorar su calidad de vida mediante el seguimiento de estilos de vida saludable, prácticas de autocontrol por parte del paciente y conocimiento de su enfermedad.

Es alarmante pensar que un recurso como la Educación para la Salud en grupos cautivos, localizables al interior de una Institución de Salud, no haya una sistematización de la información que sin lugar a duda limitaría riesgos en la salud, costos a la familia, Instituciones y desgaste social.

Cuando las complicaciones y las secuelas de la HTA mal controlada una persona al conocerlos puede modificarlo o corregirlo en forma positiva, y esas acciones se van asociando significativamente para prevenir que la enfermedad avance.

Ello implica que la prevención mediante la Educación y las modificaciones de los estilos de vida del paciente siga siendo un reto para el personal de Enfermería y que mediante el trabajo organizado y predicar con el ejemplo sea el medio para la construcción de hábitos sanos para una vida saludable.

La persona o el paciente es realmente quien puede iniciar una gran diferencia en su salud pero mencionarle que:

¿Por qué no iniciar con unos hábitos sencillos en la dieta diaria? o dejar de fumar, etc.

Cualquier cambio en los factores de riesgo puede hacer que la vida sea mas sana y evitar así complicaciones de la HTA.

Finalmente es importante considerar que la educación para la salud es una herramienta que conduce a modificaciones en el estilo de vida, pero para ello se requiere de una sistematización y una seria formación profesional como la del licenciado de enfermería para lograr un impacto en las comunidades y reducir los costos que familias y sistemas de salud soportan día a día por las complicaciones de esta enfermedad.

Es probable que si la enfermera desarrollara estrategias preventivas en las escuelas, es decir con la niñez, los índices de hipertensión arterial y de otras enfermedades prevenibles, se reducirían considerablemente los índices de morbi-mortalidad y así lograr un México mas sano.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Jaing He, M.D., Ph.D, chairman and professor, epidemiology, Tulane University School of Public Health and Tropical Medicine, New Orleans; James W. Reed, professor, medicine, Morehouse School of Medicine, Atlanta; Jan. 15, 2005, The Lancet Derechos de autor, HealthDay 2005
- (2) Encuesta Nacional de Salud 2000 (ENSA 2000)
Secretaria de Salud México DF. 2000
- (3) Organización Mundial de la Salud 2003
- (4) Organización Panamericana de la Salud
Prevención clínica. Publicación científica No 568
O.P.S. Washington D.C. 2000. p.p 199-216
- (5) Lara Esqueda Agustín. Talleres de Control y Prevención del Riesgo Cardiovascular Global. (Fundación Aventis) México 2004.
- (6) Hipertensión arterial http://habitantes.elsitio.com/negros_66/hta.htm
[8 Septiembre del 2005]
- (7) Blanco, P. (1987). La Hipertensión Arterial: Causas y Consecuencias. Colombia: Ediciones Interamericanas. Textos técnicos y científicos
- (8) Hipertensión arterial, información para pacientes. <http://www.presionarterial.com/info-pas-infopacientes.asp>
- (9) 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.
- (10) Mongeau J-G. Biron P, Sing CF 1986. The influence of genetics and household environment upon the variability of blood pressure: the Montreal Adoption Study. *Clin Exp Hypertens [A]* 8: 653-660.
- (11) Tortora Gerard J. ,Anagnostakos Nicholas P. Principios de anatomía y fisiología. Harper & Row Latinoamérica, México, 1990.
- (12) Velásquez-Monroy O, Rosas PM, Lara EA, Pastelón HG., Castillo C, Attie F, Tapia Conyer R: Prevalence and interrelations of noncommunicable chronic diseases and cardiovascular risk factors en México. *Arch. Cardiol Mex* 2003; 73(1): 62-77.

- (13) Zanchetti A, Chalmers JP, Gyarfas et al. 1996. Prevention of hypertension and associated cardiovascular disease. A. 1995 statement. Conclusions from a joint WHU/ISH meeting. *Clinic Exp Hipertens* 18 (3&4): 581-593.
- (14) Reisen E, Abel R, Modan M et al. 1978. Effect of weight loss without SALT restriction on the reduction of blood pressure in overweight hypertensive patients. *New Engl J. Med.* 298: 1-6.
- (15) Parddey IB. Beilin LJ, Vandongen R. 1987. Regular al alcohol use raises blood pressure in treated hypertensive subjects. *Lancet*: 697-701.
- (16) Stambler R, Stamler J, Gosch FC et al . 1989. Primary prevention of hypertension by nutritional hygienic means: final report of a randomized, controlled trial. *JAMA* 1989 262: 1801-1807.
- (17) Lionel Hopie. *Fármacos en Cardiología*. McGraw-Hill Interamericana. México, 1996.
- (18) Calvo Vargas Cesar. *La Atención del paciente con Hipertensión Arterial*. JGH editores. México, 1999.
- (19) Asociación de Medicina Interna de México / Mcgraw-Hill Interamericana. Ed Dr. Alberto Rubio Guerra. *Hipertensión Arterial en términos de Medicina Interna*, México, 1998.
- (20) Leavel HR and Clarck E.G. *Preventive Medicine for the Doctor in this Community*, 3th Ed. Mac Graw Hil New York 1965. pp: 7-38.
- (21) 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.
- (22) Stamler R, Stamler J, Gosh FC y col. Primary prevention of hypertension by nutritional-hygienic means. Final Report of a ramdomized controlled trial. *JAMA* 1989; 262: 1801-1807.
- (23) Estudio FRICAS. Factores de riesgo para infarto agudo de miocardio en la Argentina. *Rev Argent Cardiol* 1996; 64 (supl II).
- (24) López HE, Vallesantana L. Importancia de la participación de enfermería en la toma precisa de presión arterial. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica* Vol. 2 12-17.

- (25) Las Enfermedades Crónicas de 60-69 años. Salud pública de México/Vol.40, No.4, julio-agosto de 1998
- (26) Costa, M., Benito, A., González J.L. y López, E. (1998) (a). Educación Sanitaria de Pacientes: El Autocuidado. Centro de Promoción de la Salud de Tetuán-Madrid.
- (27) Márquez E, Casado JJ, Celotti B, Martín de Pablos JL, López V, et al. El cumplimiento terapéutico en la hipertensión arterial. Ensayo sobre la intervención durante 2 años mediante educación sanitaria. Aten Primaria 2000; 26:5-9.
- (28) Sánchez TG, Zamora A. La falta de respuesta antihipertensiva como factor de riesgo en la hipertensión arterial tratada a largo plazo. Arch Inst Cardiol Méx 1989; 59: Resumen 320.
- (29). Neaton JD, Grimm RH, Prineas RJ y col. Treatment of mild hypertension study. Final results JAMA 1993; 270: 713-724.
- (30) Ruppert M, Diehl J, Kolloch R, Overlack A, Kraft K, G öbel B, Hittel 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
- (31) Chávez DR, Salas SS. Epidemiología de la hipertensión arterial en México y el papel de la enfermera. Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica 1994; 2: 52-57.
- (32) Fahey TP and Peters TJ: What constitutes controlled hypertension? Patient based comparison of hypertension guidelines.
- (33) Rosas Martín, Pastelón Gustavo, Ramírez Jesús, Herrera Jaime, Attie Fause, Comité Institucional para el Estudio y Prevención de la Hipertensión Arterial Sistémica. Hipertensión

A NEXOS

ANEXO 1

Información proporcionada a pacientes hipertensos con respecto a la promoción de estilos de vida saludable, prácticas de autocontrol y generalidades de la enfermedad.

(Jiménez, R, C; 2003)

I. Datos sociodemográficos

Nombre: _____ Edad _____ Sexo _____
 Domicilio _____ Escolaridad _____
 Religión _____ Estado Civil _____

II. Valoración

Peso _____ Talla _____ T.
 A. _____

Nº	Aspectos a Considerar	3 Siempre	2 Algunas veces	1 Nunca
III Promoción de Estilos de vida saludables por parte del personal de Enfermería dirigidos a los pacientes del Club de Hipertensos.				
1	Indica la necesidad de mantenerse en el peso correspondiente a su estatura.	_____	_____	_____
2	Orienta sobre la importancia de realizar ejercicio dinámico (correr, nadar, pasear en bicicleta, caminata 30 min. , etc.)	_____	_____	_____
3	Informa que el consumo de alcohol contribuye a favorecer el aumento de la presión arterial.	_____	_____	_____
4	Informa sobre la necesidad de controlar el consumo de sal en sus alimentos.	_____	_____	_____
5	Informa acerca de la necesidad de seguir una dieta libre de grasa.	_____	_____	_____
6	Informa sobre la necesidad de incluir en su dieta alimentos ricos en fibra.	_____	_____	_____
7	Informa sobre la importancia de abandonar el hábito de fumar.	_____	_____	_____
8	Menciona la necesidad de reducción del estrés	_____	_____	_____
9	Informa que la pérdida de sobrepeso ayuda a disminuir la presión arterial	_____	_____	_____
10	Orienta que el ejercicio físico de moderada intensidad puede reducir la presión arterial	_____	_____	_____
11	Informa que la reducción del consumo de alcohol baja la presión arterial en hipertensos con o sin tratamiento.	_____	_____	_____
12	Explica que la disminución del consumo total de sodio (sal) se relaciona con una reducción significativa en la presión arterial de pacientes hipertensos	_____	_____	_____
13	Indica que las dietas ricas en fibra podrían disminuir la	_____	_____	_____

	presión arterial			
14	Orienta que al dejar de fumar produce por sí mismo un descenso de la presión arterial.	_____	_____	_____
15	Orienta sobre la necesidad de descanso y manejo del estrés.			
IV	Información sobre las prácticas de auto-control de Hipertensión Arterial por el personal de Enfermería al paciente del Club de Hipertensos.	3	2	1
		Siempre	Algunas veces	Nunca
1	Informa sobre la necesidad de no interrumpir sus medicamentos para la presión	_____	_____	_____
2	Informa sobre la importancia del objetivo del control su presión arterial	_____	_____	_____
3	Menciona que cifras se consideran como control de presión arterial	_____	_____	_____
4	Explica el por que en ocasiones debe de tomar mas una pastilla al día para su control	_____	_____	_____
5	Informa de que tiene que tomar su medicamento para toda la vida	_____	_____	_____
6	Indica sobre al importancia de acudir a sus citas de control	_____	_____	_____
7	Indica los alimentos que debe mantener fuera de su dieta.	_____	_____	_____
8	Informa sobre los beneficios del manejo de las preocupaciones para controlar el estrés.	_____	_____	_____
9	Explica sobre la importancia de la automedición de su presión arterial	_____	_____	_____
10	Explica que aunque su presión se halla normalizado debe seguir tomando su medicamento	_____	_____	_____
11	Informa que los pacientes hipertensos no deben consumir bebidas como el té el café y el alcohol	_____	_____	_____
12	Explica que el cigarrillo contribuye a elevar la presión arterial por lo que debe evitarse su uso en los pacientes que sufren de HTA.	_____	_____	_____
13	Orienta sobre las indicaciones dadas por el médico sobre la manera de cumplir el tratamiento que éste le ha asignado.	_____	_____	_____
14	Orienta sobre la necesidad de descanso y manejo del estrés	_____	_____	_____

Información que proporciona el personal de Enfermería con respecto a Hipertensión Arterial y Complicaciones al paciente del Club de Hipertensos.		3	2	1
		Siempre	Algunas veces	Nunca
1	Explica por que se le conoce como Hipertensión Arterial	_____	_____	_____
2	Informa que en muchos casos la hipertensión arterial no produce síntomas.	_____	_____	_____
3	Indica cuales son las complicaciones de la Hipertensión Arterial	_____	_____	_____
4	Menciona sobre los factores de riesgo para la aparición de la Hipertensión Arterial	_____	_____	_____
5	Explica por que a la Hipertensión Arterial se le conoce como el asesino silencioso	_____	_____	_____
6	Informa a que se le conoce por una elevación persistente de la presión sistólica y diastólica por encima de los valores normales y se traduce en daño vascular sistémico.	_____	_____	_____
7	Explica que la sobrecarga de trabajo impuesta por la Hipertensión Arterial afecta tanto al corazón que empieza a aumentar su tamaño para compensar esta situación.	_____	_____	_____
8	Informa en que consiste la Insuficiencia Cardiaca	_____	_____	_____
9	Menciona que los pacientes hipertensos no controlados desarrollan Insuficiencia Renal y por ello pueden llegar a requerir tratamientos como la diálisis o el trasplante de riñón.	_____	_____	_____
10	Explica que la Hipertensión daña los vasos sanguíneos cerebrales ya sea que se rompan y causen hemorragias cerebrales o que se ocluyan progresivamente por la aterosclerosis y puedan producir infartos cerebrales.	_____	_____	_____