

CONTROL DE LOS FACTORES DE RIESGO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL

*Olga Ochoa de Molina**

Resumen

En este artículo se presentan las pautas educativas para promover y mejorar el autocuidado de la persona hipertensa o con riesgo de serlo; también se hace énfasis en los factores de riesgo y su control, para lo cual se explica la forma de modificar los hábitos nocivos relacionados con la hipertensión arterial. Por último se plantea el concepto de calidad de vida como una finalidad sanitaria y médica.

Palabras claves

Hipertensión arterial

Factores de riesgo

Educación del paciente hipertenso

Hay varios aspectos del comportamiento y del estilo de vida personal que se asocian con una mayor probabilidad de ocurrencia de la hipertensión arterial, éstos se clasifican como factores de riesgo no modificables y factores de riesgo modificables; sobre los últimos se puede influir para erradicarlos o al menos cambiarlos parcialmente. Es probable que ninguno de estos factores, en forma aislada, pueda producir hipertensión ya que es necesario que actúen en conjunto unos con otros.

* Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia. Apartado 1226 Medellín, Colombia.

Factores de riesgo no modificables

Los principales factores de riesgo no modificables son los genéticos y la edad.

Factores genéticos

Observaciones epidemiológicas en poblaciones humanas llevan a pensar que la hipertensión arterial es de carácter poligenético, basadas en cuatro hechos principales: 1) la distribución de los niveles de presión arterial guarda relación significativa con el parentesco en primer grado; 2) la tendencia de los parientes de personas hipertensas a presentar cifras de presión arterial similares a las de éstos; 3) los valores de presión arterial entre gemelos monocigóticos son altamente análogos, sean normotensos o hipertensos; y 4) la ausencia de correlación significativa entre los valores de presión arterial de hijos adoptivos con los de sus padres y hermanos adoptivos.

Cualquiera que sea el mecanismo de transmisión genética, este hecho es de mucha importancia práctica porque los familiares de los pacientes hipertensos son personas que tienen un alto riesgo de ser hipertensos, por ello la investigación de los antecedentes familiares es de gran trascendencia para identificar tempranamente nuevos casos y realizar con ellos actividades preventivas.

Edad

El aumento de la frecuencia de la hipertensión arterial con la edad es un hecho reconocido. Los promedios de las cifras de presión arterial por grupos de edad son crecientes a medida que aumenta ésta, siendo más notorio para la presión sistólica; aunque también se eleva la presión diastólica, la cual sube a partir de los cincuenta y cinco a sesenta años. Esta asociación entre edad e hipertensión arterial resulta de la prolongación del periodo de interacción entre el individuo y el medio ambiente, lo que aumenta la exposición a otros factores de riesgo y del aumento de la edad, que por sí solo es agente causante de cambios endógenos orgánicos.

Factores de riesgo modificables

Se destacan como factores de riesgo modificables las dietas altas en sodio o en lípidos, la obesidad, el empleo de anticonceptivos orales, el consumo

de alcohol y cigarrillo, el sedentarismo, el estrés y el consumo de algunos medicamentos. A continuación se describen estos factores de riesgo.

Dieta alta en sodio

Se ha establecido una correlación entre la ingesta promedio de sodio y la frecuencia de la hipertensión arterial, con ello se ha demostrado que el índice de hipertensión arterial es bajo cuando el contenido diario de sodio en la dieta es menor de tres gramos. Las dietas bajas en sodio son benéficas porque: 1) colaboran en el tratamiento y mantienen un efecto positivo en el manejo de la hipertensión arterial leve; 2) conllevan a la utilización de menor cantidad de medicamentos para el control de la hipertensión arterial; y 3) previenen en forma importante los problemas de hipocalemia en el tratamiento con medicamentos diuréticos.

Dieta alta en lípidos

Las lipoproteínas son sustancias presentes en la sangre, están compuestas de proteínas y lípidos, como el colesterol y los triglicéridos que tienen una estructura y densidad diferentes. El hígado fabrica las diferentes lipoproteínas a partir de elementos exógenos y endógenos.

La grasa en general sirve de combustible ya que produce calorías y energía que son utilizadas para efectuar movimientos y desarrollar actividades, forma tejidos grasos que constituyen una reserva energética y además ayuda a la absorción de las vitaminas liposolubles A, D, E y K.

El perfil lipídico de una persona se compone de: 1) lipoproteínas de alta densidad, HDL, que transportan colesterol y evitan el riesgo de ateromatosis; 2) lipoproteínas de baja densidad, LDL, que llevan también colesterol y producen ateromatosis; 3) lipoproteínas de muy baja densidad, VLDL, que transportan triglicéridos y forman ateromas; 4) triglicéridos conformados por tres ácidos grasos y glicerol, que son sintetizados en el organismo a partir de las grasas y carbohidratos de la dieta; y 5) colesterol, que además de ser un riesgo para los problemas arteriales coronarios participa en la síntesis de hormonas sexuales y conforma la estructura de la membrana celular.

Epidemiológicamente se ha demostrado una relación directa entre las concentraciones sanguíneas de colesterol y las LDL con la enfermedad coronaria y la arterosclerosis, así a mayor concentración de LDL hay mayor riesgo de desarrollar estos problemas cardiovasculares. En cambio la relación entre las HDL y el riesgo de enfermedad coronaria es inversa, por tanto a mayor nivel plasmático de HDL menor riesgo.

Obesidad

La asociación más consistente que existe entre los factores de riesgo modificables es la del exceso de peso corporal con la hipertensión arterial, ya que la incidencia de ésta es dos veces y media mayor en los obesos que entre aquellos que no lo son. La interrelación entre obesidad e hipertensión arterial está condicionada no sólo por el exceso de peso desde las edades juveniles, sino también por la tendencia a su aumento a partir de los cincuenta años, aunque el individuo haya sido delgado en su juventud.

Ambas variables, presión arterial y peso corporal, tienden a conservar el mismo patrón, es decir, los niños que han tenido peso y presiones arteriales relativamente superiores al promedio de otros niños continuarán presentando pesos y presiones arteriales altas. El aumento de la presión arterial vinculado a la edad es generalmente proporcional al aumento del peso corporal, tanto en jóvenes como en personas de mediana edad.

La obesidad infantil predispone a la hipertensión arterial en la edad adulta, por consiguiente los niños y adolescentes hipertensos pueden ser una población ideal para iniciar programas de adelgazamiento.

Es obvio que no todos los hipertensos son obesos y que no todos los obesos padecen hipertensión, no obstante por lo menos el 60% de las personas con exceso de peso llegarán a ser hipertensas en un periodo de diez a quince años.

La obesidad puede definirse como una enfermedad en la que la cantidad de grasa corporal está aumentada, el principal mecanismo por el que se establece este aumento es la ruptura de un equilibrio entre el aporte calórico alimenticio y el requerimiento energético. La obesidad también puede describirse como un almacenamiento anormal de grasas en el tejido adipo-

so que produce un aumento del peso y cambios en el fenotipo del sujeto que lo padece.

Según su etiología la obesidad se clasifica como exógena o endógena: la obesidad exógena es causada por una ingesta excesiva o por un gasto energético bajo; la obesidad endógena se produce por alteraciones hipotalámicas, endocrinas, genéticas o por acción farmacológica.

El diagnóstico diferencial de la obesidad puede hacerse en el examen físico, luego se confirma mediante la determinación del peso con el cálculo de índice de masa corporal, el cual relaciona el peso con la talla. El índice de masa corporal más utilizado es el cociente del peso en kilogramos dividido por el cuadrado de la talla en metros; se considera como persona con sobrepeso aquella que tiene un índice de masa corporal superior a veinticinco y obesa la que tiene un índice de masa superior a treinta.

El exceso de grasa interpuesta entre los diferentes órganos, más allá de cierto límite, termina por englobar y oprimir los órganos, especialmente el corazón, lo que impide en mayor o menor medida su funcionamiento correcto; además el aumento de peso debido a la grasa y no a la masa muscular impone a todo el resto de la musculatura un trabajo mayor.

Otros factores que pueden aumentar el riesgo de hipertensión arterial en la persona obesa son el factor estético que incide psicológicamente en el individuo; la asociación de la obesidad con la hipertrigliceridemia y la hiperglucemia; y el aumento del trabajo cardíaco causado por la sobrecarga del ventrículo izquierdo, ello repercute en un mayor incremento de la incidencia de insuficiencia cardíaca, coronariopatías y muerte súbita.

Empleo de anticonceptivos orales

La asociación entre el uso de anticonceptivos orales e hipertensión arterial ha sido descrita desde hace muchos años; se reconoce que en las mujeres en edad reproductiva que tengan condiciones como eclampsia en embarazos previos, antecedentes familiares de hipertensión arterial o edema durante la menstruación incrementan la probabilidad de presentar hipertensión arterial.

Consumo de alcohol

La importancia causal del alcohol en la hipertensión arterial es objeto de discusión, sin embargo, numerosos estudios epidemiológicos serios han mostrado en forma consistente su asociación; más aún, muchos de ellos proponen la existencia de una relación dosis-efecto, tal que a mayor consumo de alcohol mayor nivel de presión arterial. Se ha demostrado que tres o más tragos diarios elevan la presión arterial independientemente de la presencia o no de otros factores de riesgo.

Consumo de cigarrillo

El hábito de fumar es uno de los riesgos más serios para la salud porque el consumo de tabaco en cualquiera de sus formas es coadyuvante en el desarrollo de las complicaciones de la hipertensión arterial, en especial la enfermedad coronaria.

Sedentarismo

El sedentarismo es otro factor de riesgo asociado con la hipertensión arterial; el individuo sedentario asimila más calorías de las que gasta, lo que produce un desequilibrio energético. Además se ha comprobado que las personas sedentarias ingieren más cantidad de alimentos que quienes son activos físicamente. La actividad física ligera que realiza el sedentario dentro de su rutina diaria no se considera ejercicio regular y no produce los efectos esperados.

Estrés

El estrés crónico y la continua tensión, típicos componentes de la vida del mundo occidental, pueden ser otros factores de riesgo en la aparición de la hipertensión arterial.

Por la tendencia creciente al individualismo y a un ambiente impersonal se ha perdido el soporte emotivo que ofrece la colectividad la cual permitía discutir, compartir, realizar actividades recreativas y disipar las consecuencias negativas del estrés y de las tensiones emocionales.

Otro aspecto importante lo tienen los factores laborales como: el grado de responsabilidad, la monotonía y la repetitividad del trabajo, la desadaptación, la insatisfacción, el desinterés, la frustración, la inseguridad y la desigual remuneración. Todos estos factores incrementan la producción de adrenalina y noradrenalina, sustancias hormonales de una potente actividad cardiovascular y metabólica que participan en la aparición de la hipertensión arterial.

Otros factores de estrés son los extralaborales, típicos de una sociedad industrializada, como la alta movilidad social y geográfica, las necesidades inducidas, el consumismo, el desequilibrio entre la realidad personal y lo que la sociedad impone, la desadaptación, la ansiedad y el comportamiento agresivo. Todos estos factores conducen a diversas situaciones que claramente representan un riesgo mayor de hipertensión arterial.

Consumo de algunos medicamentos

Hay un número elevado de medicamentos que aumentan las cifras de presión arterial, los cuales deben ser tomados con precaución o evitados por toda persona hipertensa o con riesgo de serlo; entre éstos se tienen: los anticonceptivos, los esteroides, los antiinflamatorios, las gotas nasales, los antidepresivos, las drogas para la gripe, los inhibidores del apetito y las píldoras estimulantes.

Control de los factores de riesgo

Cualquier plan para el control de las personas con hipertensión arterial debe considerar un tratamiento farmacológico y otro no farmacológico.

El objetivo del tratamiento farmacológico debe ser el mantenimiento de la presión arterial dentro de los límites normales con el fin de prevenir complicaciones. Para lograrlo se tratará de adecuar la terapéutica a la modalidad de vida del paciente y se le informará acerca de la naturaleza de su afección y de las posibles complicaciones a las que se expone al no cumplir el tratamiento. También es necesario convencer al paciente de que modifique progresivamente su estilo de vida y adquiera hábitos dietéticos que disminuyan o hagan desaparecer los factores de riesgo cardiovasculares.

Conviene comenzar la medicación en forma gradual, con dosis bajas, excepto en emergencias o en formas severas, y esperar siete a quince días antes de aumentar la dosis diaria. También se recomienda no utilizar esquemas rígidos de tratamiento ni suspender la terapia medicamentosa cuando el paciente alcance niveles normales de presión arterial, asimismo es necesario estar alerta a los posibles efectos colaterales e interacciones de los fármacos empleados.

La frecuencia de las consultas médicas y de los controles de enfermería deben adaptarse al tipo de tratamiento administrado y a las condiciones del paciente; al iniciar el tratamiento se recomienda que sea mayor, para identificar así cualquier efecto secundario de los medicamentos o del cambio de la terapéutica. En cada control del paciente con hipertensión arterial o de personas con riesgo deben realizarse las siguientes actividades: anamnesis, examen físico, educación y motivación.

Las personas hipertensas que sean ancianos, adultos menores de treinta años, niños o que tengan cualquier complicación deben controlarse más frecuentemente, lo mismo que aquellos individuos que no estabilicen sus cifras de presión arterial. En pacientes ancianos el tratamiento no debe ser agresivo, por ello se recomienda evitar el uso de drogas que provoquen hipotensión ortostática o depresión psíquica.

De ser posible, los tratamientos farmacológico y no farmacológico no deben afectar la calidad de vida del individuo hipertenso; por tanto, cuando el paciente reciba un nuevo tratamiento debe ser informado sobre la respuesta o impacto de éste en su calidad de vida.

Por último, se debe evitar siempre la brevedad en la consulta y la comunicación deficiente con la persona hipertensa o con riesgo de serlo, para lograrlo es útil mantener una comunicación permanente no sólo entre el médico y el paciente, la enfermera y el paciente, el médico y la enfermera sino también entre los demás miembros del equipo de salud.

Control no farmacológico de factores de riesgo de hipertensión arterial

El control no farmacológico incluye aspectos como el control del peso corporal, la restricción del sodio y el control de los lípidos en la dieta, el ejercicio físico, la relajación y el control de otros factores de riesgo.

Control del peso corporal

La reducción del peso corporal ha demostrado ser una valiosa medida en la prevención primaria del riesgo de presentar hipertensión arterial desde edades tempranas de la vida, ya que si se disminuyen los valores de presión arterial elevados se previene la aparición de trastornos cardiovasculares, respiratorios, metabólicos y endocrinos; los cuales suelen desaparecer cuando la cantidad de grasa corporal se reduce a proporciones normales. También se ha demostrado que los incrementos séricos de ácido úrico, glucosa y colesterol asociados a la mayoría de los tratamientos con diuréticos pueden prevenirse o reducirse mediante una pérdida de peso.

Puesto que en todos los casos de obesidad exógena existe un desequilibrio entre la ingesta alimentaria y el gasto energético, la restricción de calorías en la dieta es una medida fundamental para lograr una reducción de peso satisfactoria. La cuantía de la restricción calórica tiene que determinarse para cada caso y debe considerarse la edad, la talla y la actividad física del paciente; siempre debe realizarse una evaluación individual.

El objetivo de esta medida debe dirigirse hacia el logro de un peso ideal a un ritmo de pérdida controlado, no es recomendable una pérdida rápida de peso sino, por el contrario, la adaptación progresiva del organismo a esta nueva situación; se deben evitar dietas drásticas ya que pueden producir un adelgazamiento temporal pero no resuelven a largo plazo el problema de la obesidad. La obesidad no es un problema que se resuelve en pocos días.

Para obtener un buen resultado en el control de peso es importante aceptar que la obesidad es un factor de enfermedad cardíaca y desear modificarlo. Sin una actitud mental adecuada no se puede lograr un cambio conveniente en la dieta ni el mejoramiento a largo plazo del equilibrio entre la ingesta y el gasto calórico; por tanto, es básico en toda intervención dietética modificar la forma de pensar y la actitud del paciente obeso hacia la comida; es recomendable recordar que la comida no debe utilizarse como un mecanismo de compensación afectiva.

Se obtiene un buen resultado si existe una buena motivación; las medidas pueden variar desde el simple método de autorrestricción calórica hasta el control con un nutricionista y dietista. Asimismo se aconseja variar el con-

trol de estímulos para comer, cambiar el estilo de la alimentación, reforzar e incluso aumentar la actividad física.

Con base en lo anterior es conveniente mitigar la sensación de hambre por medio de la ingesta de alimentos muy voluminosos y de bajo contenido calórico, capaces de dar una sensación de plenitud y aparente satisfacción, en este grupo de alimentos están las hortalizas, las frutas y el salvado dietético; evitar aquellos alimentos que tengan un escaso volumen y un contenido elevado de calorías, como son los dulces y las grasas; no consumir ningún alimento fuera de los horarios empleados en las comidas; cambiar la forma de cocción de los alimentos y no ingerir alimentos fritos; evitar la ingesta de bebidas alcohólicas; consumir los alimentos en cantidades moderadas de acuerdo con la actividad física y la edad; incluir una ensalada en cada comida; utilizar los productos lácteos descremados; ingerir agua, por lo menos litro y medio al día; evitar tomar la terapia para disminuir de peso con preocupación, para evitar así una nueva fuente de estrés; comer despacio y masticar bien todos los alimentos; y controlar el peso en forma periódica, haciéndolo preferiblemente en la misma pesa, a la misma hora, con el menor número de ropa posible.

También es necesario aclarar que la pérdida de peso no es igual a lo largo del tiempo ya que pueden presentarse periodos en meseta al inicio, en el intermedio y al final del tratamiento, que no deben desanimar al paciente, asimismo se debe disminuir la cantidad de alimento ingerido a partir de la tercera década de la vida.

Para obtener éxito en los planes de reducción de peso es importante que el individuo obeso reciba la atención de un equipo de salud que lo eduque a él y a su familia sobre las medidas más apropiadas para obtener buenos resultados; la asesoría sanitaria debe complementarse con material impreso, sesiones de degustación de comidas, clases de preparación de alimentos, instrucciones para ir de compras y evaluación de la comprensión de cada paciente. Además el paciente debe recibir apoyo y participar en terapia de grupo que estimule la fuerza de voluntad y que desempeñe una función esencial para la permanencia satisfactoria en el plan de reducción.

Como la mayoría de estas personas viven en familia es necesario que ésta coopere en el programa de tratamiento de la obesidad; un ambiente familiar

armonioso constituye un factor crucial para el tratamiento satisfactorio del obeso.

Se debe prestar atención especial al seguimiento regular y al reforzamiento continuo de la motivación, para mantener así la constancia a largo plazo de los pacientes que han adelgazado hasta un peso satisfactorio.

Restricción del sodio de la dieta

Es aconsejable propiciar una reducción en el consumo de sodio en los individuos hipertensos y en toda persona con alguno de los factores de riesgo para hipertensión arterial. La necesidad de sal es adaptativa; por tanto en la medida en que se reduzca la ingesta de sal aumentará la sensibilidad a la sal y se deseará menos cantidad de la misma.

Es más aconsejable el consumo de comida fresca preparada en casa que de alimentos preparados en la calle o de enlatados que contienen mayor cantidad de sodio; se debe evitar el uso de alimentos como carnes frías, frituras, caldos concentrados y galletas de soda. Una restricción moderada de sodio de tres o menos gramos al día parece ser beneficiosa para la mayoría de individuos hipertensos o con algún riesgo de serlo. También es importante acostumbrarse a leer las etiquetas de los alimentos comerciales para informarse de la cantidad de sodio que contienen.

Control de lípidos de la dieta

Es prudente recomendar a toda persona que desde la primera infancia se adapte a una dieta balanceada en la cual no se excedan las cantidades de alimentos que aumentan las lipoproteínas, para lograrlo es necesario un gran movimiento mundial que cambie los hábitos alimenticios de la población.

Es prioritario evitar la ingesta, por su alto contenido de colesterol, de los siguientes alimentos: vísceras y mollejas, carnes enlatadas, sustancia de hueso y carnes gordas.

Además es aconsejable: controlar el consumo de alimentos con un alto contenido de grasa como las frituras, las salsas, los aderezos y los alimen-

tos con alta densidad en carbohidratos como mermeladas, dulces y productos de panadería; incluir en la dieta aquellos alimentos que disminuyen los niveles de lipoproteínas mediante la pérdida de grasa y colesterol por materia fecal, tal es el caso de los alimentos ricos en lignina y pectina como la guayaba, la mora, la zanahoria y la manzana; adquirir el hábito de leer las etiquetas de los alimentos para buscar su contenido de grasa o aceite; y controlar el consumo de los alimentos hidrogenados, que son aquellos a los que se les ha agregado hidrógeno a las moléculas del aceite para darles una textura más fina, por ejemplo la margarina.

Ejercicio físico

Se ha comprobado que el ejercicio regular es un factor importante tanto en la prevención de la hipertensión arterial y de las alteraciones cardiovasculares como en el mejoramiento de la calidad de vida.

El ejercicio físico practicado regularmente y de acuerdo con las condiciones de cada individuo debe considerarse como un elemento indispensable en la consecución de hábitos de vida apropiados y también como un factor de control de los riesgos de hipertensión arterial y de sus complicaciones.

Si el ejercicio físico se practica con una duración, frecuencia e intensidad regular puede producir en el organismo los siguientes beneficios: disminución de la frecuencia cardíaca; aumento de la eficiencia del trabajo del músculo cardíaco; mejoramiento de la distribución del flujo periférico; aumento del retorno venoso; disminución de la adherencia plaquetaria; fortalecimiento de los músculos de la respiración y, en general, de todos los músculos del organismo; creación de hábitos de vida apropiados; disminución de las cifras de LDL, triglicéridos y colesterol; aumento de las HDL; disminución de la obesidad y del riesgo de arterioesclerosis; reducción de la intolerancia a la glucosa; aumento de la sensibilidad de la célula muscular a la insulina; mejoramiento de la autoimagen corporal; producción de bienestar; rebajamiento de la sobrecarga emocional asociada al estrés y alivio de las tensiones; aminoración del cansancio físico; y formación disciplinaria de los niños y jóvenes.

Para las personas con hipertensión arterial o con riesgo de presentarla se recomiendan ejercicios en los que intervengan grandes grupos musculares

y que sean dinámicos o activos como la marcha, la gimnasia rítmica, el trote, la carrera, la caminata, el ciclismo estacionario o móvil, la natación, el ascenso y descenso de escalas. En los niños además de los ejercicios anteriores se recomienda practicar el salto con soga, el tenis de mesa y de campo, el baloncesto, el fútbol y el voleibol, entre otros.

Siempre que se realiza un ejercicio se deben considerar las siguientes recomendaciones: consultar a un especialista sobre el tipo de ejercicio recomendado cuando se tiene más de cuarenta años de edad o una complicación de la hipertensión arterial, no hacer ejercicio antes de transcurridas dos horas de la última comida, no disminuir el ritmo y la periodicidad de los ejercicios, aumentar primero la duración y después la intensidad de cada nuevo ejercicio, estar atento a la aparición de molestias en los músculos o huesos que indican un esfuerzo excesivo, y suspender el ejercicio si se presenta dolor anginoso, mareo, confusión, náuseas, vómito, claudicación, palidez, cianosis, disnea, arritmias o bradicardia.

En cualquier tipo de ejercicio que se realice se debe considerar su frecuencia, duración e intensidad, así:

1. Frecuencia: para lograr un mayor beneficio del ejercicio éste debe realizarse mínimo tres veces por semana, aunque lo ideal es hacerlo diariamente.
2. Duración: cada ciclo de ejercicio debe durar una hora, o como mínimo entre 30 y 45 minutos.
3. Intensidad: debe obtenerse en forma progresiva y según la condición física del individuo, por tanto ha de ser baja al principio y luego debe aumentar paulatinamente. La intensidad se relaciona con la edad y la frecuencia cardiaca máxima; así, los niños deben hacer ejercicio máximo hasta el 75% de su frecuencia cardiaca máxima, el adulto sin problemas de peso el 80%, y el adulto que necesita movilizar grasa entre el 40 y el 60%. Para saber la frecuencia cardiaca máxima se utiliza la siguiente fórmula:

$$\text{índice} = 220 - \text{edad} - \text{frecuencia cardiaca en reposo}$$

A este índice se le calcula el porcentaje de frecuencia cardiaca máxima y luego se le suma la frecuencia cardiaca en reposo.

El desarrollo de un programa regular de ejercicios es un cambio importante en el estilo de vida, no sólo del adulto hipertenso sino también del joven y del niño con antecedentes de hipertensión arterial o con cifras mayores que las normales para su edad. El hecho de incorporar un programa de ejercicios dinámicos al estilo de vida o conservarlo, si ya se practica, puede beneficiar a cualquier persona mediante la protección contra algunos riesgos cardiovasculares.

En un programa de actividad física debe considerarse que: 1) cada organismo es individual con unas costumbres y predisposición genética diferentes; 2) el ejercicio mantiene al individuo en buenas condiciones de salud y por esto debe convertirse en una pauta de vida diaria; 3) la forma más eficaz de perder peso es la combinación de la práctica deportiva con la voluntad para cambiar los patrones de alimentación; 4) la actividad física infrecuente, súbita o muy prolongada puede ser un peligro; y 5) el ejercicio debe seguirse de una sensación de bienestar, si esto no ocurre probablemente el nivel de duración o intensidad fue excesivo.

Conociendo las ventajas del ejercicio, es importante que todos los miembros de la familia que tienen el riesgo de ser hipertensos desarrollen el hábito de hacerlo. Los adultos que nunca hayan hecho ejercicio pueden empezar y si tienen más de cuarenta años es conveniente que cuenten con la autorización del médico, previo el examen físico. Por último, se debe aclarar que la práctica deportiva está restringida en pacientes hipertensos severos que no respondan al tratamiento.

Relajación

El empleo de la relajación como ayuda para el control de la hipertensión arterial está tomando fuerza cada día. Se le debe enseñar al paciente la relajación física por medio de la práctica de ejercicios de respiración y relajación muscular profunda, junto con la relajación mental mediante la imaginación de experiencias agradables y de meditación.

Se aconseja realizar programas de entretenimiento para aprender a relajarse en grupos de diez personas con sesiones de una hora por un periodo de diez semanas; después de este tiempo el individuo debe continuar practicando la relajación por su propio medio, durante veinte minutos dos veces al día.

El tratamiento de relajación permite: aprender a identificar aspectos de la personalidad y del comportamiento que intensifican el estrés; controlar la ira y la hostilidad; organizar mejor el tiempo; resolver eficazmente los problemas; mejorar las relaciones personales, familiares y de trabajo, el estado general de salud y el goce de la vida; y disminuir la farmacoterapia en los pacientes con hipertensión leve.

El programa de relajación para la prevención y tratamiento de la hipertensión es una opción que cualquier miembro del grupo de atención primaria de salud puede ofrecer si está motivado.

Control de otros factores de riesgo

Es aconsejable que toda persona hipertensa o con alguno de los siguientes riesgos para la hipertensión arterial los disminuya progresivamente: consumo de cigarrillo y de alcohol, empleo de anticonceptivos orales o parenterales y el uso de los medicamentos competitivos.

Calidad de vida

Al concepto de bienestar total, que en el contexto de la salud incluye dimensiones tanto físicas como psicosociales, se le denomina *calidad de vida*; este término integra una amplia gama de capacidades, limitaciones, síntomas y características psicosociales que describen la capacidad de un individuo para cumplir diversas funciones y obtener satisfacción haciéndolas.

El incremento de la calidad de vida es una medida tan importante como cualquier otra acción sanitaria y médica; entre los parámetros para cuantificarla están: el estado fisiológico; la identificación de los factores psicológicos y culturales que puedan quedar afectados por las intervenciones en salud; el desempeño de los papeles sociales, el rendimiento y la producti-

vidad profesional, la capacidad intelectual, la estabilidad emocional; y la comprensión de las evaluaciones efectuadas por el propio individuo sobre las modificaciones producidas en su calidad de vida.

Un individuo que deba modificar su estilo de vida por ser un factor de riesgo para cualquier trastorno crónico como la hipertensión arterial puede verse afectado en su capacidad de actuar en la vida diaria, el cumplimiento de los papeles sociales, la capacidad intelectual, el rendimiento escolar o profesional, la estabilidad emocional, el autodomínio y la satisfacción general de la vida. Pequeños cambios en el estilo de vida pueden tener enormes implicaciones en la capacidad del individuo para continuar con una vida agradable, por esto es prioritario reexaminar su propia escala de valores, creencias y hábitos antes de hacerle nuevas exigencias.

El control de la dieta y el peso corporal, y la implementación de un programa de ejercicios físicos son uno de los tópicos más comunes en las pautas para el control de la hipertensión arterial; estas medidas son uno de los aspectos más conflictivos a los que tiene que enfrentarse el individuo con un diagnóstico de esta naturaleza. Por esto es importante que el individuo entienda que el control de ciertos parámetros mejora su calidad de vida presente y futura y disminuye el deterioro y la incapacidad frecuentes en las personas con hipertensión arterial, al hacerlo también se evitan tratamientos que conllevan un gran número de efectos secundarios y se logra entender que todas las medidas no son sólo para conservar la vida sino también para asegurar que sea cómoda, productiva y satisfactoria.

El éxito depende principalmente del individuo ya que es el único que puede hacer los cambios necesarios en su estilo de vida y garantizar así un estado de salud óptimo y la eficacia de las intervenciones del personal de salud.

La colaboración del individuo en el control de los factores de riesgo modificables para la hipertensión arterial, tanto a corto como a largo plazo, puede aumentar si se considera que su familia puede realizar una labor muy importante, de esta manera se puede controlar en grupo los hábitos alimenticios, cambiar sus preferencias, dejar aquellas costumbres nocivas y adquirir otras más sanas. La familia que es conciente del papel de la dieta

en el control de la hipertensión arterial, puede ser más colaboradora que una familia poco motivada al cambio.

Bibliografía

Boletín de medicamentos y terapéutica. 1990, pp. 15-17.

Coa Torija, M. J. Seguimiento de obreros en consulta de enfermería. *Revista Rol de Enfermería*. 13 (138): 63-68, 1990.

Henao, A. y Sierra, C. La obesidad y el deporte. *Educación Física y Deporte*. 5 (3): 68-72, 1983.

Liga Mundial contra la Hipertensión. El adelgazamiento en el tratamiento de la hipertensión arterial. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*. 108 (1): 45-55, 1990.

Lownthal, D. T. El ejercicio y la hipertensión: consideraciones terapéuticas. *Postgraduate Medicine*. pp. 9-65, 1985.

Ministerio de Salud de Colombia. Programa de vigilancia y control de la hipertensión arterial. *Manual educativo para la enfermería*. pp. 9-65, 1985.

Organización Panamericana de la Salud. La hipertensión arterial como problema de salud comunitaria. *Serie Paltex para ejecutores de programas de salud*. (3), 1990.

Pérez Cúrdenas, A. Una enfermedad llamada obesidad. *Revista Rol de Enfermería*. (107-108): 16-19, 1987.

Rey de Castillo, M. et al. Ministerio de Salud. Programa de vigilancia y control de la hipertensión arterial. *Manual normativo para el médico*. pp. 5-14, 1985.

Southan, M. Calidad de vida y el tratamiento no farmacológico de la hipertensión arterial. *Calidad de vida y atención cardiovascular*. (2): 17-21, 1987.

Valdés, G. Educación para autocuidado. Autocuidado del paciente hipertenso. *Proyecto Fundación Kellogg/Ops*. 2 (2), 1985.

Wenger, M. El concepto de la calidad de vida. *Calidad de vida y atención cardiovascular* (1): 2-12, 1987.