

COMUNICACIÓN MÉDICO-PACIENTE EN....

Cardiología

El paciente con hipertensión arterial

Junto al tratamiento farmacológico, existen técnicas que ayudan al control de la presión arterial. Se trata de intervenciones conductuales que permiten al paciente superar las dificultades que entrañan tanto la observancia de este tratamiento farmacológico como del resto de indicaciones de control de la HTA, y que se han mostrado de gran utilidad. No en vano algunos estudios apuntan a que el 50 por ciento de los pacientes abandonan la medicación al primer año y solo dos tercios de los que no lo hacen logran controlar adecuadamente su tensión.

COORDINADORA: MARISA LÓPEZ GIRONÉS

PSICÓLOGA CLÍNICA. CENTRO DE SALUD MENTAL DE HORTALEZA. ÁREA 4. MADRID.

AUTORES: RAFAEL DE CELADA PÉREZ

RESIDENTE DE MEDICINA DE FAMILIA Y COMUNITARIA. ÁREA 4. MADRID.

MARISA LÓPEZ GIRONÉS

PSICÓLOGA CLÍNICA. CENTRO DE SALUD MENTAL DE HORTALEZA. ÁREA 4. MADRID.



MSD

El lado humano de la medicina
www.msd.es

Pautas para el médico

Actualmente existe un creciente auge en la investigación que trata de establecer la posibilidad de modificar los factores de riesgo de la HTA mediante técnicas de intervención psicológica. La tendencia actual es el empleo de paquetes terapéuticos que incluyan una serie de técnicas con programas de observancia de la medicación, reducción del tabaquismo, control de la dieta, ejercicio físico y control del estrés.

Introducción

El principal objetivo del manejo actual de la presión arterial elevada se centra en evitar el desarrollo de lesión de órgano diana que junto con la reducción del riesgo cardiovascular son los principales problemas que atañen a este acontecimiento patogénico de máxima prevalencia.

Existen una serie de intervenciones, unas de modificación del estilo de vida y otras farmacológicas, que llevarán aparejado el descenso de las cifras de la presión arterial y, a su vez, una disminución del riesgo cardiovascular, con la consecuente minimización en la medida posible de la morbi-mortalidad asociada. En caso contrario, la elevación "per se" de cifras tensionales desembocarán irremediablemente en lesión vascular, cardíaca, renal... que condiciona la tórpida evolución patogénica de este problema de salud pública.

Clasificación de la hipertensión arterial

Atendiendo a su etiología, existen dos grandes tipos de hipertensión:

1. Hipertensión esencial o primaria: cuyo origen no puede ser determinado orgánicamente, siendo por tanto un trastorno funcional.
2. Hipertensión secundaria: es debida a un fallo o daño orgánico. La hipertensión secundaria puede aparecer como consecuencia de daños provocados por una hipertensión esencial no tratada. La distinción entre ambas radica en los factores etiológicos que las ori-

ginan. La hipertensión secundaria aparece como resultado de la alteración en uno o varios elementos claves de control del sistema cardiovascular. Sin embargo, la mayor parte de los casos, alrededor del 95 por ciento, no presentan alteración orgánica o funcional evidentes que justifique tal elevación de la presión sanguínea, es decir, los mecanismos etiopatológicos no están establecidos, encuadrándose, por tanto, en la categoría de hipertensión esencial o primaria.

Se puede considerar hipertensión arterial, cuando existan presiones arteriales elevadas de forma mantenida. Se exige que se valore en base a la media de dos determinaciones, además de la basal. Por regla general se considera hipertenso aquel individuo en el cual los valores de tensión arterial se sitúan en cifras mayores de 130 mm de Hg, si hablamos de sistólica y 85 mm de Hg en diastólica.

Categoría	PAS	PAD
Optima	< 120	< 80
Normal	120-129	80-84
Normal-Alta	130-139	85-89
HTA Grado I	140-159	90-99
HTA Grado II	160-179	100-109
HTA Grado III	> 180	> 110

El riesgo cardiovascular y su relación con la hipertensión

La hipertensión se podría clasificar en función del grado tensional o nivel de riesgo. En función de los

estudios del Multiple Risk Factor Intervention Trial (MRFIT) se pudo demostrar la asociación entre riesgo cardiovascular y cifras tensionales.

Lesión en órgano diana

Es el riesgo de complicaciones vasculares y renales en el hipertenso, esta lesión depende no sólo de las cifras de tensión arterial, sino también del riesgo cardiovascular y la afectación en los órganos diana. Se podrá objetivar la lesión en órgano diana en los siguientes conceptos:

- Hipertrofia ventricular izquierda medida en electrocardiograma por el Índice de Sokolow-Lyon > 38 mms. o Cornell > 2440 . En mediciones con ecocardiografía IMVI > 125 g/m².
- Engrosamiento de pared carotídea o placas ateroscleróticas.
- Aumento ligero de creatinina sérica 1,3 a 1,5 mg/ml.
- Microalbuminuria de 30-300 mg/24 hrs.
- Cociente albúmina/creatinina > 35 mg/ml.

Factores de riesgo

Los "factores de riesgo" que se han identificado en distintos estudios epidemiológicos en el campo de los estudios cardiovasculares son: la edad, el sexo, la historia familiar de patología cardiovascular, la hipertensión, la hipercolesterolemia, una dieta rica en sal, la obesidad, la ingesta de alcohol, el consumo de tabaco, la inactividad física, etc. Sin embargo, sabemos que la mejor combinación de todos estos factores de riesgo deja sin explicar, aproximadamente, la mitad de los casos de morbi-mortalidad por enfermedad coronaria.

Por otro lado, sabemos que factores psicológicos como la ansiedad, el estrés, la ira, etc, desempeñan un importante papel en el desarrollo y mantenimiento de la hipertensión. Parece existir una estrecha relación entre las reacciones de estrés no adaptativas y la hipertensión.

En un estudio realizado por Kallinke et. al. (1982) con

cien pacientes, en el que se midió la reactividad de los sujetos a diferentes tópicos tratados en entrevista, se encontró que un 29 por ciento de los pacientes no mostraron elevaciones de tensión arterial o mostraron elevaciones clínicamente no significativas, que un 44 por ciento aumentaron sus niveles de tensión ante tópicos relacionados con aspectos profesionales, un 54 por ciento lo hicieron ante situaciones de competitividad y autoafirmación y un 33 por ciento ante problemas de la esfera privada, como prestigio social o problemas de pareja.

La mayor parte de las teorías actuales sostienen que una situación de estrés, en conjunción con un patrón de personalidad específico y una sensibilidad incrementada de la regulación neurohumoral cardiovascular, pueden tener consecuencias vasculares patológicas. El proceso dependerá, en gran parte, del modo en que la persona perciba y procese la situación estresante y de su habilidad para encontrar soluciones



para adaptarse a las nuevas situaciones. Es decir, las características de personalidad tendrán un papel fundamental en la percepción de las situaciones como amenazantes, neutras o benignas. Entre las características emocionales y de personalidad que evidencian mayor relación con la hipertensión, destacan la ansiedad y la ira.

Para analizar la relación ansiedad-hipertensión, partiremos de un hecho constatado: los individuos con un alto rasgo de ansiedad tenderán a percibir más situaciones como amenazantes que los sujetos con niveles bajos en rasgo de ansiedad. En consecuencia, los sujetos con altos niveles de rasgo de ansiedad se verán expuestos con mayor frecuencia a situaciones que les generen estados de ansiedad, lo que en última instancia supondrá una mayor y más frecuente activación fisiológica y, por tanto, mayor probabilidad de desarrollar trastornos psicofisiológicos.

De hecho, en distintos estudios los hipertensos muestran puntuaciones significativamente más altas que los sujetos de la población normal en rasgo de ansiedad y en otras variables exploradas, como reactividad en los distintos sistemas de respuesta (cognitivo, fisiológico y motor) y ante las distintas áreas situacionales evocadoras de ansiedad.

En relación a la ira, en los últimos años se ha producido un incremento gradual del interés por esta variable y su relación con la hipertensión. Diamond (1982) en una revisión sobre el tema, que incluye estudios psicodinámicos, datos obtenidos por medio de técnicas proyectivas, escalas de adjetivos y cuestionarios de personalidad, así como investigaciones de laboratorio, llega a la conclusión de que la ira y la hostilidad se perfilan como variables relevantes en el desarrollo y agravamiento de la hipertensión.

Miguel-Tobal (1993) mostró un perfil del sujeto hipertenso caracterizado por: un alto rasgo general de ansiedad, alta reactividad en los sistemas de respuesta cognitivo y fisiológico, y en menor medida en el sistema motor; reacciones de ansiedad intensas ante las situaciones de prueba o evaluación, las situaciones potencialmente fóbicas, las habituales en su vida diaria y, en menor medida, ante las situaciones interpersonales.

En relación a la ira, los sujetos hipertensos se caracterizan por una mayor disposición a expresar ira cuando son criticados o tratados de forma injusta, por refrenar sus sentimientos de ira con mayor frecuencia, y por manifestar sus estados de ira en conductas agresivas directas de forma menos frecuente que en el grupo normotenso.

Medida de la tensión arterial

La medida de la tensión arterial presenta una serie de dificultades dada su variabilidad y sensibilidad a las condiciones de medida. Por ello sería conveniente llevar a cabo una evaluación longitudinal que incremente el número de tomas y en condiciones de medición constantes; aunque sabemos que esto resulta difícil de realizar en la evaluación médica habitual.

Por otro lado, los valores medidos en consulta no son representativos de los valores tensionales diarios de los pacientes, como se desprende de numerosos estudios, donde los datos apuntan a que las medidas tomadas en consulta suelen ser más elevadas que las realizadas por el propio paciente en su casa.

Teniendo en cuenta estos dos elementos, la automedición de la tensión arterial parece una buena alternativa para obtener mediciones constantes durante períodos prolongados, proporcionando una medida más objetiva de la tensión arterial. No obstante, no podemos dejar de señalar la dificultad que entraña en sí misma la automedición: entrenamiento en toma de presión, disponibilidad de aparatos de medida, etc. En cualquier caso, es una alternativa válida a tener en cuenta para llevar a cabo un control más estricto de los cambios en presión arterial tras la aplicación de un programa de intervención.

Tratamiento de la hipertensión arterial

¿Cuándo se debe iniciar el tratamiento?

Se debe recordar que ante una presión elevada (cifras superiores a 140 ó 90 mm de Hg), siempre se medirá

de nuevo al menos tres veces durante cuatro semanas como mínimo para confirmar la presencia de hipertensión arterial. Sólo si el valor es muy alto (mayor de 180/110) o hay daño sistémico o sospecha de éste (lesión de órgano diana) se deberá iniciar el tratamiento rápidamente. Existe un consenso por parte de la O.M.S. y las distintas Sociedades Médicas tanto europeas como norteamericanas para la instauración precoz de tratamiento estableciendo la decisión de inicio de tratamiento farmacológico activo con presiones arteriales menores de 140/90 o si como anteriormente mencionamos existe lesión de órgano diana, sospecha de complicaciones cardiovasculares, diabetes mellitus o riesgo cardiovascular.

Modificación de los factores de riesgo y control de la hipertensión

Tradicionalmente, la hipertensión ha sido tratada desde una perspectiva médica, con terapia farmacológica, que suele acompañarse con una serie de medidas higiénicas, como son el consejo de reducir el estrés, indicadores dietéticos, recomendaciones de aumentar el ejercicio físico y de abandonar o reducir el tabaquismo. Algunos autores recomiendan estas medidas no farmacológicas como primer paso de tratamiento en la hipertensión límite. Sin embargo, en la práctica, tanto el cumplimiento de la prescripción farmacológica como de los restantes consejos plantea problemas al enfermo hipertenso.

Los estudios muestran que:

- Aproximadamente el 50 por ciento de los pacientes abandonan la medicación el primer año.
- Únicamente dos tercios del 50 por ciento que no abandona llegan a controlar adecuadamente su tensión.
- El incumplimiento del régimen dietético se estima igualmente muy alto, alrededor del 48 por ciento.
- Existe una elevada falta de mantenimiento de las reducciones logradas a lo largo del tiempo.

Actualmente, existe un creciente auge en la investigación que trata de establecer la posibilidad de modificar

los distintos factores de riesgo mediante técnicas de intervención psicológica. En primer lugar, aportan un eficaz apoyo para abordar estos problemas, diseñando intervenciones conductuales que ayuden al paciente a superar las dificultades prácticas que entrañan, tanto la observancia del tratamiento farmacológico, como las restantes indicaciones. En segundo lugar, intervenir en aquellas variables de índole psicológica relacionadas con el desarrollo y mantenimiento de la hipertensión. De hecho, en los últimos 20 años se han utilizado un buen número de tratamientos no farmacológicos efectivos para el control de la hipertensión esencial (Blanchard et al., 1988).

En líneas generales estos tratamientos incluyen entrenamiento en: Relajación y respiración, diversas modalidades de biofeedback, hipnosis, ejercicio, cambio de dieta y técnicas de control del estrés (Miguel-Tobal y Fdez-Abascal, 1984).

Son muchas las técnicas psicológicas que han mostrado aisladamente su capacidad para reducir la presión arterial, sin embargo, la tendencia actual es la del empleo de paquetes terapéuticos que incluyan un conjunto de técnicas. Reseñamos a continuación algunos pro-



gramas en los que se han combinado diferentes estrategias de intervención. Maass y Brengelmann (1979) realizaron un programa de intervención en el que se combinaban programas de observancia de la medicación, reducción del tabaquismo, control de dieta y ejercicio físico, así como un programa de control del estrés. Tras la aplicación del programa, los datos mostraron una tensión arterial sistólica y diastólica significativamente más bajas en el grupo experimental que en el grupo control. Esta tendencia se mantuvo a lo largo de todos los seguimientos efectuados (cada tres meses durante 21 meses).

Basler et al. (1982) llevaron a cabo un estudio comparativo entre cuatro programas diferentes de tratamiento para pacientes hipertensos con medicación:

1. Programa de modificación de hábitos dietéticos.
2. Programa de modificación de hábitos dietéticos más automedicación y control de presión sanguínea, además de un entrenamiento en competencia social.
3. Programa de modificación de hábitos de dieta más entrenamiento en relajación de Jacobson.
4. Programa de información sobre las causas y consecuencias de la hipertensión.

Tras la aplicación de los programas se obtuvo una disminución importante de la presión sanguínea entre las medidas pre y postratamiento en todos los grupos experimentales, siendo mayor la reducción en aquellos casos en los que los valores tensionales iniciales eran más altos. Las reducciones observadas eran significativamente mayores en todos los grupos de terapia, comparados con un grupo control. En cuanto a las diferencias entre los distintos tratamientos, los datos apuntan que no hubo diferencias significativas entre los diferentes grupos de terapia.

Es conveniente intervenir sobre el estilo de vida del paciente hipertenso siempre que sea apropiado, e incluso en aquellos con presión arterial en los límites altos de la normalidad o en aquellos que rebasando ampliamente estos niveles necesiten un intenso tratamiento farmacológico, con el objetivo de reducir la presión arterial y con el consiguiente control posterior de factores

de riesgo y los problemas concomitantes según las distintas guías de las Sociedades de hipertensión y cardiología de Europa y EEUU.

Modificar el estilo de vida, sí es posible que pueda contribuir a reducir la Tensión arterial "per se", pero estas medidas nunca deben retrasar el inicio del tratamiento farmacológico. Las medidas de cambios de hábito de vida incluyen: abandono del hábito tabáquico, disminución de peso, disminución de consumo excesivo de alcohol, ejercicio físico regular, disminución del consumo de sal y aumento del consumo de frutas y verduras. El objetivo primordial de estas modificaciones es la disminución de la tensión arterial, disminuir la necesidad del uso de hipotensores y aumentar su eficacia, disminuir los factores de riesgo y evitar los eventos cardiovasculares (Tabla 1).

- Reducción de peso: mediante restricción calórica, muy apropiada ya que el sobrepeso es muy prevalente en la hipertensión. Se utilizará el I.M.C. como parámetro de control.
- Reducción del consumo de sal: previene la aparición de hipertensión arterial en sujetos obesos normotensos y en hipertensos. Siendo más intenso en ancianos, hipertensos severos y en afroamericanos. Suele ser un efecto añadido a otras modificaciones. Se potencia con su restricción el mecanismo de acción de los hipotensores (principalmente Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina y los Antagonistas Receptores de Angiotensina II). Como recomendación muy básica hay que evitar alimentos industriales, precocinados y retirar el salero de la mesa.
- Moderación del consumo de alcohol: existe una relación epidemiológica directa. Siempre se debe aconsejar reducción y en ocasiones abandono de su consumo.
- Aumento del consumo de frutas y verduras, con una intensa promoción de la dieta mediterránea.
- Aumento de la actividad física: ejercicio aeróbico en todos los hipertensos, en cantidad y tipo individualizado en función de la edad, el entrenamiento y las preferencias. El mínimo exigido será 30 minutos, cinco días a la semana. No debe realizarse ejercicio isométrico.

TABLA 1. Modificaciones del estilo de vida y reducciones de PA

Cambio hábito vida	Recomendación	Reducción estimada PA
Disminución de peso	Mantener peso ideal	5-20 mmHg por cada 10 Kgs.
Restricción del consumo de sal	Máximo 5,8 g/día	2-8 mmHg
Moderación del consumo de alcohol	Limitar consumo	2-4 mmHg
Adopción de dieta rica en frutas y verduras	Dieta mediterránea	8-14 mmHg
Actividad física	Ejercicio regular 30 minutos x 5 días a la semana	4-9 mmHg

Fuente: Tomado de Clobanian, et al.

- Abandono tabáquico: es la medida aislada más eficaz. Se debe conseguir el abandono total del hábito tabáquico con soporte farmacológico y sustitutivo si fuese necesario y con psicoterapias.

Tratamiento farmacológico de la hipertensión arterial

Existe una amplia variedad en los fármacos que serán utilizados para el tratamiento de la hipertensión, pudiéndose ajustar a las necesidades de cada momento en función del tipo y las circunstancias del paciente (Tabla 2). Existen fármacos que se considera de primera línea, a saber: diuréticos, bloqueantes betaadrenérgicos, calcioantagonistas, Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina (IECA) y Antagonistas de los Receptores de Aldosterona II (ARA II). En cuanto a otros fármacos también utilizables y recomendados se podrían incluir: bloqueantes alfaadrenérgicos y vasodilatadores.

- Diuréticos. Son los antihipertensivos de uso más tradicional y su uso cuenta con amplia experiencia. Son de fácil manejo y bajo coste. Se ha comprobado que tienen capacidad para producir disminución de morbilidad cardiovascular asociada a hipertensión. En el tratamiento de la hipertensión se prefiere el uso de tiazidas, salvo en caso de insuficiencia renal donde el uso principal es el de los diuréticos de Asa. Existe un grupo constituido por espinolactona y eplerona que son los antagonistas de los receptores de aldosterona, los cuales pueden tener potencial importancia en aspectos como la remodelación del ventrículo. Los diuréticos son fármacos que serán principalmente

usados en asociaciones, fundamentalmente con IECAs, ARA II o calcioantagonistas. No se recomienda la asociación con betabloqueantes puede se sospecha una asociación con diabetes.

- Betabloqueantes. Existe un amplio número de betabloqueantes diferentes en sus mecanismos farmacodinámicos, productores de distinta actividad cardioselectiva. Se consideran más eficaces que los anteriores, capaces de aumentar la supervivencia. Deben ser utilizados en pacientes jóvenes con sospecha de aumento de la renina y, sin embargo, se ha de controlar la bradicardia que son capaces de inducir, debido al bloqueo que producen sobre el Nodo AV. Están contraindicados en pacientes con patología pulmonar, ya que pueden producir broncoespasmo sobre todo en asmáticos y EPOC por bloqueo de receptores beta 2 bronquiales. Son especialmente útiles cuando potencian sus efectos en sinergia con otros fármacos (nunca asociados a verapamilo o diltiazem).
- Calcioantagonistas. Son inhibidores de canales de calcio, produciendo descenso de calcio intracelular, que conlleva vasodilatación sobre todo a nivel coronario, mejorando así la distensibilidad arterial. Indicados en ancianos, hipertensión sistólica, y afroamericanos.
- Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina (IECAs). Son fármacos que inhiben la formación de Angiotensina II, realizan su acción bloqueando a la enzima convertidora. Según las guías actuales son los fármacos que han de usarse en primera línea y de elección. Serían capaces de prevenir eventos cardiovasculares según diversos estudios. En terapia combinada son de elección asociados a diuréticos.

TABLA 2. Tratamiento de la HTA

Clase de fármaco	Uso	Contraindicaciones
Diuréticos	Ancianos, Insuf. cardíaca, Afroamericanos, HTA sistólica aislada, PostIAM	Gota, Embarazo, Insuficiencia renal e Hiperpotasemia (Antialdosterónicos)
Betabloqueantes	Angina, PostIAM, Insuf. cardíaca, Taquiarritmias, Embarazo	Asma, EPOC, Bloqueo AV de 2º-3º grado
Calcioantagonistas	Angina, Ancianos, HTA sistólica aislada	Bloqueo AV de 2º-3º grado (Verapamilo y Diltiazem)
IECAS	Ancianos, Insuf. cardíaca, Nefropatía, Proteinuria, Disfunción ventrículo izquierdo con hipertrofia	Hiperpotasemia, Embarazo, Estenosis bilateral de arteria renal, monorrenos
ARA II	Efectos secundarios de IECAs, Hipertrofia ventrículo izquierdo	Hiperpotasemia, Embarazo, Estenosis bilateral de arteria renal, monorrenos

Fuente: Adaptada de De la Sierra. HTA: hipertensión arterial, EPOC; enfermedad pulmonar obstructiva crónica, ARA II ; antagonistas de los receptores de angiotensina II, IECAS; inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina.

Han podido demostrar mejoras en supervivencia y prevención de complicaciones renales. No deben administrarse en embarazadas con especial cuidado en monorrenos pacientes con estenosis bilateral de arteria renal. Como efecto secundario más adverso que implica retirada del fármaco se halla tos seca irritativa y también se ha descrito angioedema.

- Antagonistas de Receptores de Aldosterona (ARA II). Con respecto a estos fármacos se ha demostrado en varios estudios su utilidad en ancianos y pacientes con hipertrofia de ventrículo izquierdo. Su principal uso estaría relacionado con instauración en pacientes que no toleran IECAs. Tienen buena combinación con otros antihipertensivos, principalmente diuréticos, destacando su buena tolerabilidad.
- Terapia combinada. Es muy común en la hipertensión, hasta 40-50 por ciento de los pacientes, sobre todo en pacientes con diversas complicaciones y refractariedad a tratamientos. Produce reducción significativa de presión arterial superior al uso en monoterapia. Se facilita con esto la vida media de los fármacos y el uso de dosis mínimas eficaces de fármacos sinérgicos. Las principales combinaciones son diuréticos con IECA, ARA II, betabloqueantes y antagonistas del calcio; betabloqueantes con antagonistas de calcio dihidropirínico, alfablo-

queantes; IECAs con calcioantagonista (dihidropiridinas) y ARA II antagonistas del calcio (verapamilo y diltiazem).

Bibliografía

1. Chobanian et als. Seventh Report of Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 Hypertension 2003;42:1206-52.
2. 1999 World Health Organization International Society of Hypertension Guidelines for the Management of Hypertension Guidelines Subcommittee Journal of Hypertension 1999, 17:151-183.
3. 2003 European Society of Hypertension–European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. Guidelines Committee. Journal of Hypertension 2003, 21:1011–1053.
4. Miguel-Tobal, J. J.; Cano-Vindel, A. Casado Morales, I Escalona Martínez, A Emociones e hipertensión. Implantación de un programa cognitivo-conductual en pacientes hipertensos anales de psicología, 1994, 10(2): 199-216.

Pautas para el paciente y sus familiares

1 Confíe en su médico y siga estrictamente las indicaciones farmacológicas realizadas por él.

2 Debe modificar su estilo de vida, para ello es importante que:

- Reduzca peso si lo necesita.
- Reduzca el consumo de sal.
- Sea moderado con el consumo de alcohol.
- Aumente el consumo de frutas y verduras en su dieta.
- Abandone el consumo de tabaco.
- Realice ejercicio físico de forma regular.

3 Evite la automedicación y el abandono del tratamiento.

4 Realice actividades de relajación.

5 Las medidas tomadas en consulta suelen ser más elevadas que las realizadas por el propio paciente en su casa. Si puede hacerlo, la automedición de la tensión arterial parece una buena alternativa para obtener una medida más objetiva de la tensión arterial.

6 Los factores psicológicos como la ansiedad, el estrés y la ira desempeñan un importante papel en el desarrollo y mantenimiento de la hipertensión. Intente disminuirlos.

7 Aprenda a expresar sus emociones de una forma adecuada, y solicite ayuda especializada en caso necesario.

8 Si tiene la oportunidad, participe en grupos de manejo de síntomas.



MSD

El lado humano de la medicina
www.msd.es

Texto disponible en Internet para ofrecerlo a sus pacientes. Consultar y descargar en:
www.elmedicointeractivo.com o www.elperiodicodelafarmacia.com