

PROGRAMA DE ATENCION INDIVIDUALIZADA CONTRA EL PERFIL DE RIESGO VASCULAR «HIPERTENSION EN CASA»

*M.ª A. Prieto, A. Pourriños, D. Jiménez del Reino, A. Ocaña Colorado,
J. Pascual Santos*

Consulta de Hipertensión y Nefrología, Ambulatorio de San Blas, Servicio de Nefrología.
Hospital Ramón y Cajal. Madrid

INTRODUCCION

Los primeros estudios de tratamiento de la hipertensión arterial (HTA) demostraron los efectos beneficiosos del mismo de forma concluyente. Posteriormente, el comité de expertos de la O.M.S. aconsejó el tratamiento escalonado de la HTA (1).

Posteriores estudios han demostrado el beneficio de este tratamiento en la disminución de la morbilidad y mortalidad por accidente cerebrovascular pero no por cardiopatía isquémica. La experiencia acumulada con el tratamiento escalonado ha demostrado lo insatisfactorio que es en muchos aspectos: efectos secundarios importantes de las drogas utilizadas, alteraciones metabólicas provocadas por las mismas y ausencia de beneficio en cardiopatía isquémica, como ya se ha señalado. La aparición de otras drogas más recientemente, y el progreso alcanzado en nuestros conocimientos sobre la fisiopatología de la HTA esencial está cambiando nuestro enfoque del tratamiento antihipertensivo.

Los objetivos del tratamiento antihipertensivo en el futuro deben ir más allá de la mera reducción de las cifras tensionales, ante la evidencia de la relación existente entre la HTA y otros factores de riesgo vascular tenidos hasta ahora como ~<independientes~>. Resulta evidente en la actualidad la relación entre HTA, tabaquismo, hipercolesterolemia, obesidad y diabetes.

La disminución de las complicaciones cardiovasculares es el objetivo incuestionable, que se puede alcanzar mediante la prevención de la arterioesclerosis, la detección y control de otros factores de riesgo -tabaquismo, hipercolesterolemia o diabetes-, el freno en la progresión de la HTA a estadios más avanzados y la regresión de[daño vísceral ya producido,

Por otro lado, los efectos secundarios de las drogas antihipertensivas pueden provocar un deterioro de la calidad de vida de los pacientes hipertensos, lo que constituye la causa fundamental de suspensión del tratamiento. Para minimizar estos efectos y mejorar la capacidad física e intelectual del paciente, es necesario escoger la pauta más adecuada de forma individualizada, estrategia que debe ir superando la clásica de tratamiento fijo escalonado. Basándonos en los perfiles de riesgo de cada paciente, sus características personales tales como edad, sexo, grado de HTA, enfermedades concomitantes, etc., debe recomendarse en la actualidad el tratamiento individualizado.

Además de las estrategias de detección de nuevos casos (2), sin duda exclusivas de la atención primaria, son fundamentales las iniciativas encaminadas a aumentar el número de pacientes controlados entre los tratados. Uniendo este razonamiento con la necesidad de enfocar el problema del control del hipertenso no sólo como descenso de cifras tensionales sino como control de todos los factores de riesgo cardiovascular, la realidad nos conduce a la conclusión de que los programas terapéuticos ensayados hasta el momento distan mucho de ser eficaces. Ello explicaría la frustrante ausencia de descenso en la mortalidad de origen cardíaco tras tratamiento a largo plazo.

Ha llegado el momento de acometer el tratamiento individualizado del paciente en riesgo cardiovascular, su seguimiento personalizado y la implicación del mismo en su propio tratamiento. Con ello se conseguiría un mayor grado de cumplimiento del régimen terapéutico y su mantenimiento a largo plazo. Puede afirmarse por otro lado que están condenadas al fracaso las iniciativas de este tipo que no se limitan a zonas muy concretas con programas especiales (3), y por ello todo progreso pasa por su concreción en un grupo de población determinado y unos medios humanos y materiales bien definidos.

Creemos que todo lo anteriormente expuesto justifica la puesta en marcha en la Consulta de Hipertensión y Nefrología de un programa de atención individualizada del paciente hipertenso en riesgo de enfermedad cardiovascular, basado en las técnicas de autocuidados, que nosotros denominamos «Programa de Hipertensión en Casa». Dicho programa se sustenta en tres pilares básicos, que a la vez constituyen sus objetivos:

1. La **medición de la tensión arterial** por parte del enfermo de su propia casa, para simplificar la dependencia del paciente del sistema sanitario y conseguir su implicación personal y la adhesión al tratamiento.
2. La **individualización** del tratamiento mediante la elaboración de una tarjeta de factores de riesgo para conocer al paciente concreto y poder elaborar una estrategia personalizada.
3. El plan de **educación sanitaria** con una lucha global contra todos los factores de riesgo cardiovascular que sufra el paciente.

MATERIAL Y METODOS

Una cuestión para nosotros fundamental en la puesta en marcha del programa es la medición tensional por parte del propio paciente o sus familiares en el domicilio, para lo que será especialmente entrenado en las primeras visitas. Está demostrado que la mayoría de los pacientes están dispuestos y son capaces de llevarlo a cabo si median una motivación y preparación adecuadas (4). La toma domiciliaria tiene diversas ventajas sobre las tomas aisladas de la Consulta: el nivel tensional es muy superior en la consulta que en el domicilio en muchos casos; las lecturas domiciliarias corrigen gran parte del error causado por la respuesta presora aguda y persistente ante el estrés, responsable en gran medida de la llamada HTA de «bata blanca», el control tensional es más estrecho, adecuado y versátil, es posible gran frecuencia y variedad en las mediciones en caso necesario, y el paciente se hace más independiente de la Consulta ocasional si consigue la implicación personal del paciente en su propio seguimiento y tratamiento, lo que debería disminuir las complicaciones derivadas del mismo y crear un mecanismo de retroalimentación inexistente en el tratamiento antihipertensivo, y que es responsable en gran medida de la escasa adhesión al mismo. La satisfacción del paciente al sentirse controlado con las tomas tensionales practicadas por él mismo le lleva teóricamente al cumplimiento más estrecho del programa terapéutico (5).

En el caso concreto del programa de medición tensional en casa por parte del propio paciente es aconsejable que el aparato de medida sea un esfigmomanómetro electrónico o digital, que el paciente debe adquirir para su uso particular. Tanto el

esfingomanómetro anerode como los aparatos electrónicos o digitales deben revisarse y calibrarse periódicamente con un esfingomanómetro de mercurio.

El paciente debe anotar fecha, hora y medición en un registro confeccionado para ello. Según las necesidades se programará la periodicidad de las tomas.

LA TARJETA DE FACTORES DE RIESGO

Con objeto de individualizar al máximo el tratamiento tanto dietético y no farmacológico como farmacológico y poder evaluar con criterios objetivos la evolución del perfil de riesgo cardiovascular es precisa la elaboración de la denominada <tarjeta de factores de riesgo>. Dicha tarjeta, evaluación de los 10 factores de riesgo cardiovascular más importantes, debe confeccionarse a la entrada del paciente en el programa y debe revisarse cada 6 meses, en un intento de estudio prospectivo de la eficacia de las medidas que se propongan para la reducción del riesgo. Parte de los factores de riesgo cardiovascular tienen, como ya se ha sugerido, una intensa interrelación, y con el control de unos, se controlarán otros. Por ejemplo, el ejercicio moderado disminuirá la obesidad, con ello mejorará la tensión arterial y probablemente la hiperlipemia e hiperglucemia.

A continuación se comentan algunos aspectos de evaluación, importancia, estrategias y objetivos de control de cada factor de riesgo susceptible de tratamiento no farmacológico.

1. HTA

Debe confirmarse un diagnóstico correcto de la misma: TAD > 90 3 veces y otras 2 veces tras 4 semanas. Existen dos clasificaciones fundamentales para la evaluación de la importancia de la HTA. La primera de ellas se refiere al grado según cifras de TA en sujetos mayores de 18 años que no toman medicación, y ha sido recientemente modificada (6):

TA normal alta:	130-139/85-89
HTA grado 1 o leve:	140-159/90-99
HTA grado 2 o moderada:	160-179/100-109
HTA grado 3 o severa:	180-209/110-119
HTA grado 4 o muy severa:	> 210 / > 120

Otra clasificación, más adecuada a la individualización, se basa en la repercusión visceral de la HTA-

1. No signos de repercusión.

W Aparecen signos de repercusión: Hipertrofia ventricular izquierda, estrechez de las arterias retinianas o bien proteinuria y/o leve aumento de la creatinina sérica.

M. Aparecen signos y síntomas de lesión orgánica: Insuficiencia ventricular izquierda, coronariopatía, accidente cerebrovascular o encefalopatía hipertensiva o alteraciones graves del fondo de ojo.

Todo paciente con HTA debe iniciar, con independencia de las cifras, un tratamiento no farmacológico, recientemente denominado «modificaciones en el estilo de vida» (6), muy importante, y a veces exclusivo, en los pacientes con HTA leve.

Las modificaciones en el estilo de vida son la reducción de la sal de la dieta, la reducción de peso, la reducción de la ingesta de alcohol y la práctica de ejercicio físico, que constituyen las 4 medidas con eficacia demostrada en la reducción de la tensión arterial (6, 7). La práctica de la relajación en pacientes con stress, de eficacia más discutible, también es aconsejable. De estos principios, consideraremos los 4 últimos como medidas contra factores de riesgo con personalidad propia: obesidad, abuso de alcohol, sedentarismo y stress, y los trataremos aparte.

En cuanto a la reducción de la ingesta de sal, pocas áreas de la salud y la nutrición han suscitado tanto interés como su efecto hipotético en el control tensional. Aunque la literatura de la pasada década coincide en señalar una relación estrecha entre la ingesta de sal y la tensión arterial, un beneficio general en todos los individuos al reducir dicha ingesta y un riesgo muy bajo al difundir este principio entre toda la comunidad médica, hoy sabemos que la cuestión no es tan simple. Aunque existen en la actualidad bastantes evidencias de que la reducción de la ingesta de sal mejora el control de la tensión arterial (6-8), especialmente en los pacientes de mayor edad, no sabemos si ello se acompaña de un descenso de la morbilidad cardiovascular, por lo que debemos ser prudentes a la hora de aconsejar reducciones generalizadas de la ingesta de sal. Por el momento, y siguiendo las recomendaciones de las comisiones de expertos (6, 7, 9), aconsejaremos disminuir la ingesta a 5 gr/día.

2. Obesidad

Distintos estudios epidemiológicos han demostrado una estrecha correlación entre el peso y las cifras de presión arterial. Desde el punto de vista clínico, la mejor forma de evaluar la obesidad es el cálculo del índice de masa corporal (IMC), que es el peso en kg entre el cuadrado de la altura en metros. Un IMC adecuado estaría entre 20 y 24, de sobrepeso moderado entre 25 y 29 y de sobrepeso importante con 30 o más. La reducción de peso debe tener como objetivo alcanzar un IMC de 25 kg/m² o menos y debe conseguirse asociando dieta hipocalórica y ejercicio físico.

La reducción del sobrepeso se conseguirá mediante una dieta hipoenergética, que consista básicamente en la administración de una tasa de energía inferior a la que el paciente necesita, de acuerdo a una serie de puntos a tener en cuenta.

- Además de la restricción energética total, la dieta debe guardar un equilibrio entre los nutrientes.
- No son convenientes las dietas con una reducción de carbohidratos por debajo del 50% de las calorías totales.
- La tasa energética restante debe constar de un 30% de grasas y un 20% de proteínas. La contribución de la grasa animal debe ser en torno al 10%. Es recomendable que la contribución de las grasas poliinsaturadas (aceites de origen vegetal y pescados en general) sea de un 10% y la de las monoinsaturadas (aceite de oliva) de otro 10-15%. La dieta recomendable se basa en el consumo de cereales complejos, pasta, arroz, fruta, verduras, legumbres, aceites vegetales, pescado blanco y azul, limitando la ingesta de carnes rojas, quesos, huevos y jamón, y desaconsejando los dulces, vísceras y embutidos. El aumento de la ingesta de fibra alimenticia es también beneficioso. Estas recomendaciones dietéticas deben individualizarse posteriormente a la vista de la tarjeta de riesgo particular de cada enfermo. Si se decide que un paciente debe reducir peso, deben examinarse sus hábitos alimentarios, buscarse fuentes ocultas de ganancia de peso y realizarse los ajustes y consejos más adecuados. El error más frecuente consiste en el descenso importante de peso inicial y la recuperación posterior. Debe aconsejarse la reducción gradual (no más de medio kg/semana) en base a cambios en hábitos más que en la mera restricción calórica.

3. Sedentarismo

La clara asociación entre el mantenimiento de un buen estado físico y el descenso de la morbilidad cardiovascular ha sido demostrada en grupos diversos de población. El ejercicio moderado tiene un moderado efecto hipotensor, acentúa la pérdida de peso con cualquier nivel de restricción calórica y disminuye el riesgo de enfermedad cardiovascular y la mortalidad global. Por ello, consideramos al sedentarismo como factor de riesgo cardiovascular, que calificamos de grave si el paciente no realiza ningún tipo de ejercicio, con limitación del paseo tranquilo a menos de 30 minutos semanales, moderado si calculamos dicho paseo entre 30 y 120 minutos semanales y leve si el paciente no realiza lo que denominamos ejercicios aeróbicos: paseo tranquilo diario de 30-60 minutos en pacientes mayores de 45 años y la práctica regular de algún deporte como la natación, el ciclismo, el trote (footing en nomenclatura sajona) o la bicicleta estática sin resistencia en menores de 45 años.

El objetivo por conseguir será conseguir la desaparición del sedentarismo moderado y grave, y en caso de obesidad, también del leve, teniendo en cuenta la idoneidad del ejercicio moderado en contraposición al isométrico e intenso.

4. Abuso del alcohol

Se ha demostrado una relación lineal entre la cantidad de alcohol ingerida y la prevalencia de HTA y morbilidad cardiovascular, independiente de otros factores. Esta relación no está influida por el tipo de bebida sino por la cantidad de etanol. Dicha relación no es rectilínea, sino en U, habiéndose sugerido un efecto protector cardiovascular (probablemente por aumento de HDL-colesterol) con ingestas moderadas de etanol. El punto de inflexión se encuentra aproximadamente en torno a los 30 gi- de etanol diarios, cantidad que equivale a unos 75 cc de coñac, 250 de vino o 600 de cerveza, cifras que constituyen un objetivo terapéutico razonable y que denominaremos ausencia de abuso de alcohol. En contraposición, denominaremos abuso leve a la ingesta de 30-50 gr/clía, moderado 50-80 y grave > 80. Nuestro objetivo será disminuir la ingesta de etanol a menos de 30 gr/día. En el caso de necesidad de reducción de peso, estas cantidades deberán reducirse más.

5. Estrés

Diversos estudios sugieren que el estrés y la hiperactividad del sistema nervioso simpático interactúan en el desarrollo de HTA temprana y su mantenimiento posterior. Los individuos expuestos a estrés psicógeno reiterado pueden presentar HTA más frecuentemente que los sujetos por lo demás similares, pero sometidos a menos estrés. Calificaremos el estrés como leve, moderado o grave e instituiremos un programa de relajación que consistirá en el reposo tranquilo y confortable durante 15-20 minutos dos veces al día en los pacientes asignados a estas dos últimas categorías.

6. Tabaco

Aunque sin efectos en las cifras tensionales, el tabaquismo constituye un factor de riesgo cardiovascular de primera magnitud. Se relaciona con accidentes cerebrovasculares, cardiopatía isquémica, muerte súbita, etc., y, además, reduce la eficacia de algunos fármacos antihipertensivos como los betabloqueantes. Abandonar el hábito de fumar o al menos la reducción del número de cigarrillos diarios está claramente indicado en cualquier paciente, y más aún en el hipertenso. Por supuesto, la posibilidad de ganancia de peso posterior no debe ser un obstáculo para este consejo.

7. Hipercolesterolemia

Es incuestionable la importancia de la hipercolesterolemia como factor de riesgo cardiovascular, con una prevalencia entre la población hipertensa mucho mayor de la esperada. Las modificaciones en el estilo de vida son la primera aproximación en el tratamiento de ambos factores. Un colesterol por debajo de 200 mg/dl no requiere más consideración. Entre 200 y 239 mg/dl, y en ausencia de enfermedad coronaria o de algún otro factor de riesgo para su desarrollo además de la HTA (género masculino, historia familiar de cardiopatía isquémica prematura, tabaquismo, HDL-colesterol menor de 35 mg/dl, diabetes mellitus o enfermedad cerebrovascular o vascular periférica), debe aconsejarse dieta pobre en colesterol y revisión anual.

Si el colesterol total excede de 240 mg/dl está entre 200 y 239 con cardiopatía isquémica o factores de riesgo, el manejo debe realizarse a partir de los niveles existentes de LDL-colesterol. Consideraremos hipercolesterolemia leve una LDL de 130 a 159 mg/dl sin factores de riesgo coronario, moderada ese nivel con algún factor de riesgo o 160-189 mg/dl sin factores de riesgo y grave ese rango con factores de riesgo o en cualquier caso por encima de 190 mg/dl. Una dieta adecuada debe ensayarse al menos durante 6 meses, antes de iniciar tratamiento con drogas hipocolesterolemicas (10).

8. Hiperglucemia o diabetes mellitus

La presencia de diabetes mellitus de cualquier tipo constituye un importante factor de riesgo vascular. La diabetes de larga evolución se acompaña con frecuencia de afectación renal asociada a hipertensión arterial, con lo que el riesgo cardiovascular aumenta considerablemente. Por otro lado, los pacientes diabéticos no insulino-dependientes presentan frecuentemente dislipemia, factor de riesgo sobreañadido. Como ya se ha comentado, la obesidad predispone al desarrollo de diabetes e hipertensión. La coexistencia de estos tres factores aumenta el riesgo de padecer enfermedad coronaria, deterioro de la función renal, retinopatía, accidentes cerebrovasculares y enfermedad vascular periférica.

Todas las recomendaciones antedichas son especialmente importantes en el hipertenso diabético, y la reducción de peso es el objetivo más importante. Los efectos secundarios de las drogas antihipertensivas como la hipotensión ortostática o la ir-nipotencia están con frecuencia magnificados en el diabético.

El control glucémico es crucial en estos pacientes. La dieta adecuada con frecuencia es suficiente para controlar la hiperglucemia leve, y punto de partida en el control de este factor de riesgo en nuestro programa.

PLAN DE EDUCACION SANITARIA

La educación del paciente hipertenso con factores de riesgo cardiovascular es nuestro objetivo clave. El plan básico de educación en nuestra consulta se llevará a cabo en un conjunto inicial de tres visitas:

1.a visita- Se evaluará la situación del paciente mediante la elaboración de su tarjeta de factores de riesgo. Una copia la conservará el propio paciente para su concienciación y control personal y otra copia se adjuntará a su historia. Se repasará la existencia de determinaciones analíticas adecuadas y recientes. Por último, se mantendrá una conversación detenida sobre las premisas básicas necesarias para la posterior modificación en el estilo de vida, necesario en la lucha contra la hipertensión arterial: concienciación en el control tensional personal -junto a la adquisición del aparato medidor-, adhesión a las sucesivas visitas y al tratamiento prescrito por el médico y la enfermera y en tercer lugar consejos en la moderación de la ingesta de sal.

2.a visita- Se instruirá al paciente en la medición adecuada de la tensión arterial como se detalla anteriormente, Durante una semana realizará en su domicilio tres mediciones diarias, creando un registro en el que apuntará hora del día, relación temporal con la medicación, postura y brazo en que se determina. Una vez revisada su tarjeta de factores de riesgo se le instruirá sobre la

necesidad de modificar los diversos aspectos controlables: peso, consumo de alcohol, sedentarismo, estrés, tabaquismo y dieta hipolipemiante o de control glucémico, según su necesidad individual.

3.ª visita- Constituye la visita «de repaso» en la que se controlará la fiabilidad de las mediciones domiciliarias del paciente y se insistirá en todos los aspectos iniciados en las dos visitas anteriores.

Posteriormente es aconsejable la visita mensual durante 6 meses, con reevaluación de su tarjeta de factores de riesgo y los aspectos clínicos y analíticos relevantes en esa fecha para decidir la pauta posterior.

En el caso de los varones, y dado que la mayor parte de las medidas de modificación del estilo de vida pasan por los hábitos de sus esposas, es importante contar con la colaboración estrecha de esta última en todas las visitas. En el caso de pacientes femeninas, también es aconsejable, aunque menos importante, la presencia del marido.

RESULTADOS

El Programa se inició en abril de 1993, y en el plazo de un año se han incluido un total de 75 pacientes. De ellos, 41 han cumplido 6 meses de seguimiento. El rango de edad es de 20 a 74 años, 17 eran varones y 24 mujeres. El nivel cultural se consideró bajo en 17 casos, medio en 22 y alto en dos casos.

La Hipertensión Arterial estaba en situación de control regular en 25 casos y mal control en 16 casos. Treinta y siete pacientes se encontraban bajo tratamiento farmacológico.

Treinta y un pacientes compraron el aparato de medición y diez no, todos por razones económicas. Todos ellos aprendieron la técnica correcta de medición tensional. A los 6 meses 37 pacientes continuaban en Programa, con adhesión a las visitas cercana al 100%, y 4 abandonaron (dos por problemas familiares y 2 perdidos).

Se han desarrollado 6 sesiones de grupo, cada una de las cuales incluyendo a 8 pacientes con sus respectivos cónyuges, con gran aceptación.

Inicialmente, 3 no presentaban más factores de riesgo que su HTA, 10 presentaban otro factor de riesgo, 19 dos, 8 tres, 5 cuatro y 1 cinco (3.61 factores por paciente). Después de 6 meses, 32 presentan mejor control de la tensión arterial (5 suspendieron la medicación), y 7 igual, en tan corto plazo, los factores de riesgo asociados descendieron a 2.97 por paciente.

CONCLUSION

Nuestros resultados preliminares a corto plazo indican que el Programa de Educación en autocuidados «Hipertensión en Casa» es eficaz en la lucha global e individualizada contra el perfil de riesgo vascular.

BIBLIOGRAFIA

- 1 WHO Expert Committee: Arterial hypertension. Technical Report Series. N.1628. WHO, Geneva, 1978.
- 2 Littenberg, B., Graber, A., Sox, H.: Screening for hypertension. Ann. Intern. Med., 112: 192-202, 1990.
- 3 Fornells, J. M., Balaguer, I.: Control de la hipertensión en el medio rural, 18 meses de seguimiento (Programa CRONICAT). Med. Cín. (Barc), 89: 450-455, 1987
- 4 Gould, B. A.; Kieso, H. A., Hornung, R.; Altman, D. G.; Cashman, P. M., Rattery E. B.: Assessment of the accuracy and the role of self-recorded blood pressures in the management of hypertension Br Med J_ 285. 1691-1694, 1982.
- 5 Pickering, T. G., James, G. D.: Some implications of the differences between home, clinic and ambulatory blood pressure in normotensive and hypertensive patients. J. Hypertens, 7 (suppl. 3): S65-72, 1989
- 6 The Fifth Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure (JNC V). Arch. Intern. Med., 153: 154-184, 1993
- 7 National High Blood Pressure Education Program Working Group, Report on Primary Prevention of Hypertension. Arch. Intern. Med., 153: 186-208, 1993.
- 8 Intersalt Cooperative Research Group: Intersalt an international study of electrolyte excretion and blood pressure. Results for 24-hour sodium and potassium excretion Br Med J., 297 319-328, 1988
- 9 Consenso para el control de la hipertensión arterial en España. Hipertensión y Arterioesclerosis, 2: 11-28, 1990
- 10 National Education Programs Working Group Report on the management of Patients with Hypertension and High Blood Cholesterol. Working Group on Management of Patients with Hypertension and High Blood Cholesterol, Ann. intern. Med., 114: 224-237, 1991.

PROTOCOLO DE ENFERMERIA DEL PROGRAMA «HIPERTENSION EN CASA» (ESQUEMA DE PRIMERAS 3 VISITAS)

Apellidos, Nombre: NI Ha - N' Progr.

Fecha 1.ª visita: Fecha Nac.: Peso:

Talla:

IVIC:

Dirección: Teléfono:

1.ª VISITA

Elaboración de tarjeta de factores de riesgo

BASAL

6 MESES

12 MESES

HIPERTENSION ARTERIAL
OBESIDAD
SEDENTARISMO
ABUSO DE ALCOHOL
ESTRES
TABAQUISMO
HIPERCOLESTEROLEMIA
HIPERGLUCEMIA

Plan de Educación Sanitaria: HIPERTENSION ARTERIAL

2.ª VISITA (Fecha:)
ENSEÑANZA DE LA MEDICION TENSIONAL

Plan de Educación Sanitaria: Los otros factores

3.ª VISITA (Fecha:)
REPASO DE LA MEDICION TENSIONAL

Plan de Educación Sanitaria: REPASO

COMENTARIOS:

SEGUIMIENTO DEL PROGRAMA DE «HIPERTENSION EN CASA»

Fecha

TA CONSULTA

Decúbito

Bipedestación

TA CASA

Decúbito

Bipedestación

¿MEDICION CORRECTA?

FRECUENCIA CARD

PESO

DIETA HIPOSODICA

DIETA

CIGARRILLOS

INGESTA GRASA

EJERCICIO

ALCOHOL

ESTRES

SINTOMAS

TRATAMIENTO

LO HACE?

Si NO ¿POR QUE?

COMENTARIOS