

Ramón Sánchez-Ocaña

VIVIR BIEN con hipertensión

La guía
definitiva que
no necesita
traducción

Con este libro:

Entenderá qué es la hipertensión

Identificará los factores de riesgo

Descubrirá falsos mitos y creencias

Aprenderá a elaborar recetas adecuadas

Seguirá un plan de acción
que mejorará su calidad de vida



Ramón Sánchez-Ocaña

VIVIR BIEN con hipertensión



PAIDÓS

Barcelona • Buenos Aires • México

Primera edición: febrero de 2015

No se permite la reproducción total o parcial de este libro, ni su incorporación a un sistema informático, ni su transmisión en cualquier forma o por cualquier medio, sea éste electrónico, mecánico, por fotocopia, por grabación u otros métodos, sin el permiso previo y por escrito del editor. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual (Art. 270 y siguientes del Código Penal). Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra. Puede contactar con CEDRO a través de la web www.conlicencia.com o por teléfono en el 91 702 19 70 / 93 272 04 47

© 2015 Ramón Sánchez-Ocaña

© 2015 de todas las ediciones en castellano,

Espasa Libros, S. L. U.,

Avda. Diagonal, 662-664. 08034 Barcelona, España

Paidós es un sello editorial de Espasa Libros, S. L. U.

www.paidos.com

www.planetadelibros.com

ISBN: 978-84-493-3099-5

Fotocomposición: gama, sl

Depósito legal: B. 82-2015

Impresor: Reinbook

El papel utilizado para la impresión de este libro es cien por cien libre de cloro y está calificado como papel ecológico

Impreso en España – *Printed in Spain*

Índice

Capítulo 1. ¿Qué es la tensión arterial?	13
Gasto cardíaco	14
Resistencia periférica	15
¿Cómo se mide?	17
La «hipertensión de bata blanca»	20
El holter de tensión.	22
Capítulo 2. ¿A qué se llama hipertensión?	27
«Tensión compensada».	29
Capítulo 3. El trabajo de nuestro corazón	31
El camino de la sangre	34
Las válvulas	35
El nódulo sinusal	36
A demanda	37
Capítulo 4. ¿Por qué sube la tensión?	39
Factores genéticos.	41
Edad.	42
Sexo	44
Peso	46
Alcohol.	47



Tabaco	48
Estrés	49
Capítulo 5. ¿Qué es el estrés?	53
Ejemplo de estrés: la personalidad del tipo A	59
Tomar medidas contra el estrés.	61
Capítulo 6. A propósito del café	65
Ventajas	67
Recomendaciones	68
Lo que los especialistas dicen... ..	69
Capítulo 7. La sal merece un capítulo aparte	71
Consumimos demasiada sal	73
La polémica relación sal-hipertensión.	75
La sal, de forma saludable.	77
Problemas del exceso	79
La información nutricional	79
Cómo moderar el consumo de sal.	80
En la tienda	81
En casa	81
En el restaurante	82
Habría que acostumbrar a los niños a comer con poca sal	83
Soy hipertenso: ¿puedo tomar sal o no?.	84
Capítulo 8. Riñón, tensión, una relación muy estrecha	87
La hipertensión es más grave en los mayores.	91

Puede ser grave.	93
La tensión en los niños	94
Los síntomas de la hipertensión	94
Capítulo 9. Las complicaciones	97
Insuficiencia cardíaca	98
¿Qué es?	99
Los síntomas	99
Tipos	100
Causas	101
¿Qué hacer?	102
Y si llega la cirugía...	103
Marcapasos	104
Precauciones	108
Infarto de miocardio	109
El azote en España.	112
El síndrome metabólico	112
Ictus: infarto cerebral	114
¿Qué es?	115
Poca información.	116
Síntomas	118
Factores de riesgo.	119
Prioridad	121
Prevenir la recaída	121
Complicaciones en el riñón.	122
Cuándo el riñón empieza a fallar	123
Prevención	125
El tope de los treinta años	125



Pacientes dializados/trasplantados	126
Procurar una buena calidad de vida	127
Y, además, el riesgo cardiovascular	129
Una auténtica epidemia	130
Un proceso fisiológico	131
Retinopatía	132
Capítulo 10. Tratamiento	135
¿Siempre debe tratarse la hipertensión?	135
Medidas higiénico-dietéticas	136
Tratamiento farmacológico	138
Capítulo 11. Plan de acción	141
Ejercicio físico	141
Primero, conocer el estado de salud	144
La dieta	146
Por qué engordamos	148
La teoría de los globos	149
La primera decepción	151
Iniciamos la dieta	153
¿Cuánto me sobra?	156
¿Empezamos?	159
Su dieta	161
Aprenda a comparar	164
Y entonces, ¿qué como?	165
Lo que puede comer	167
Preparando la dieta	168
Calcule las calorías	170

Elabore su propia dieta	171
Equivalencia	173
Algunas dietas tipo	176
Dieta de 700 calorías	176
Dieta de 900 calorías	180
Dieta de 1.000 calorías	184
Dieta de 1.500 calorías	188
Capítulo 12. Y dejar el tabaco...	193
Aquella boquilla...	194
Y el alquitrán	194
Tomar la decisión	195
Un refuerzo	196
Las manos	197
Empiece a dejar de fumar	198
¿Por qué quiero dejarlo?	199
La víspera	205
Llega el día	206
¡Tengo ganas!	207
Capítulo 13. Un apunte especial: cuando la tensión es demasiado baja	213
Lo que la tensión supone	213
Capítulo 14. Preguntas frecuentes	217
Capítulo 15. Tabla de composición de los alimentos	225
Capítulo 16. Glosario de términos	237



Capítulo I

¿Qué es la tensión arterial?

La tensión arterial es la presión que la sangre ejerce sobre las paredes de las arterias (los vasos sanguíneos que llevan la sangre desde el corazón a las demás partes del cuerpo).

Cuando se contrae, el corazón lanza la sangre a través de las arterias hacia todos los rincones del organismo para nutrir las células. A cada contracción le sigue una dilatación. En este sentido, actúa como una pera de goma que se aprieta (se contrae) para, acto seguido, recuperar su forma (se dilata). Se habla de presión máxima cuando el corazón se contrae y lanza una gran cantidad de sangre, la cual ejerce una gran presión sobre las paredes de los vasos sanguíneos. Por el contrario, cuando el corazón se relaja y la sangre no ejerce fuerza sobre esos vasos se habla de presión mínima. Eso es la tensión: la fuerza ejercida por el volumen de la sangre contra las paredes de los vasos sanguíneos.

Pero para tener una tensión correcta hacen falta una



serie de condiciones que ahora nos interesan especialmente.

Primero, **que la sangre sea lanzada en una determinada cantidad**. Después, que llegue con una **frecuencia concreta y ajustada** a cada necesidad (si hacemos ejercicio, por ejemplo, el organismo demanda más sangre). Además, **los conductos por los que se va a distribuir la sangre deben estar libres de obstáculos**. Las arterias y las venas, que son nuestros tubos internos, han de estar limpios, con la luz (diámetro interior de un tubo) suficiente y con la elasticidad correcta. Y claro, otra de las condiciones es **que la sangre sea de buena calidad**, que no sea ni demasiado líquida ni demasiado densa.

Si alguna de esas condiciones falla, es decir, si la cantidad, la calidad, la fuerza o la limpieza de los tubos no es la correcta, la primera señal de alarma la va a dar la presión que la sangre va a ejercer sobre las paredes de las arterias.

Los especialistas hablan de dos condiciones para que la tensión sea la correcta: el gasto cardíaco y la resistencia periférica.

Gasto cardíaco

Es el «consumo» de nuestro corazón, es decir, el esfuerzo que el músculo cardíaco debe realizar para lanzar la sangre. La velocidad con la que el corazón late refleja el mayor o menor gasto cardíaco (más gasto: late más deprisa;

menos gasto: late más despacio). Como es lógico, no es uniforme, ya que aumenta si hay una demanda específica como cuando, por ejemplo, hacemos ejercicio. Asimismo, desde un punto de vista exclusivamente mecánico, un exceso de líquidos también provoca que el corazón tenga que realizar un mayor esfuerzo. (Aquí, el riñón siempre está dispuesto a echar una mano y aumentará su producción de orina para compensar ese exceso.)

Otro problema que se puede plantear como «gasto cardíaco» es el de la anemia. El término «an-emia» significa literalmente «sin sangre» y se refiere, como es sabido, a la disminución de la cantidad de hemoglobina o el número de glóbulos rojos. Como el organismo sigue demandando la misma cantidad de estos glóbulos —los necesita para

funcionar, puesto que son los recaderos que llevan los nutrientes a las células—, el corazón compensa esa carencia enviando los glóbulos más veces. Y eso se traduce, como es natural, en un mayor gasto cardíaco.

**El corazón
bombea cada día
alrededor de
22.750 litros
de sangre.**

Resistencia periférica

Si el corazón se contrae y lanza sangre por los «tubos», pero éstos no están del todo limpios o no tienen el sufi-




ciente calibre, la presión que ejerce sobre sus paredes también es mayor de lo deseado. La resistencia periférica hace referencia a la resistencia al flujo sanguíneo que ofrecen los vasos periféricos.

Como es fácil de suponer, esos tubos tienen sus propios sistemas de relajación y contracción y están sujetos a la acción de distintas sustancias hormonales que actúan sobre ellos. Por ejemplo, si se sufre estrés, las glándulas suprarrenales segregarán adrenalina, que tiene el poder de estrechar esos vasos. Y así hay otras muchas sustancias que tienen esa misma capacidad de contraer esas vías de circulación. Igualmente, disponemos de sustancias que relajan esos conductos, entre las que puede destacarse el óxido nítrico. Éste ha resultado ser de vital importancia en esa relajación y en la protección cardíaca. En efecto, parece ser que cuando la sangre roza la pared interna de los vasos se libera ese óxido y se produce su acción vasodilatadora. Dicha acción explica una de las últimas aplicaciones de este óxido en los estimulantes de la erección, como el sildenafil.

El óxido nítrico centró las investigaciones por las que los doctores Ignarro y Furchgott recibieron el Premio Nobel (con el olvido imperdonable del doctor Moncada). En este sentido y a modo de anécdota, comentaremos que al doctor Ignarro se le conoce popularmente como el Dr. NO —igual que el científico enemigo de la primera película del agente 007, *Agente 007 contra el Dr. NO*—, ya que las siglas en inglés de este óxido son NO.

En cualquier caso, tanto las sustancias y las hormonas encargadas de la contracción como las de la relajación se compensan para mantener la tensión en unos niveles que podemos considerar aceptables.

¿Sabía que...

 *En España hay más de cinco millones de hipertensos, pero sólo la mitad sabe que lo es. Y sólo 1 de cada 10 sigue el tratamiento correcto.*

¿Cómo se mide?

Todos más o menos tenemos una idea clara de cómo se toma la tensión. Y es posible que también todos nos hagamos frecuentemente preguntas acerca de esa medida. La primera es por qué cuando nos tomamos la tensión hay cifras que varían. O dicho de otra forma: no son cifras estables. La razón es sencilla si somos conscientes de que la presión arterial depende de muchísimos factores. Uno de ellos —y que suele aparecer siempre que nos tomamos la tensión— es la «hipertensión de bata blanca» o el aumento momentáneo de la tensión debido al estrés que le produce a determinadas personas espacios como ambulatorios, hospitales... los entornos sanitarios en general.



Por otra parte, no podemos olvidar que la tensión también varía a lo largo de la jornada. Por la mañana suele ser más alta, mientras que por la noche el descenso acostumbra a ser notable: el trabajo del corazón se toma algún descanso durante la noche y reduce su ritmo hasta las 50-55 pulsaciones por minuto.

La manera más usual de tomar la tensión es en el brazo izquierdo —a la altura del corazón—, con la persona sentada y tranquila. No obstante, puede medirse también en la pierna o en el muslo, aunque hay que tener en cuenta que en las piernas se obtienen unas cifras más elevadas.

En este sentido, cabe destacar que hay un caso concreto en que se toma la tensión en el brazo y en el tobillo: para el diagnóstico de la arteriosclerosis periférica o isquemia crónica de miembros inferiores (ICMI), la popularmente llamada enfermedad del escarapate. Se produce por la obstrucción de las arterias de las piernas que provoca cada cierto tiempo un dolor tal que quienes la padecen se ven obligados a detenerse, precisamente por la claudicación intermitente. No todos los pacientes manifiestan ese dolor, como demuestra el hecho de que casi la mitad de quienes padecen esta dolencia la ignoran aunque tenga una relación clara con el infarto cardíaco o el cerebral.

El diagnóstico de esta enfermedad es inicialmente sencillo porque la diferencia de presión sanguínea —la tensión arterial— entre el brazo y el tobillo es mucho mayor entre quienes padecen arteriosclerosis periférica que entre los que no la padecen. Ése es ya un signo de

alerta que puede confirmarse con otras pruebas, entre ellas el test de esfuerzo en la cinta andadora. Si la relación de la tensión tobillo-brazo es inferior a 0,9, el paciente padece esa isquemia crónica en las piernas por aterosclerosis. El riesgo de sufrir un ictus o un infarto de miocardio se multiplica por dos si el índice es inferior a 0,4. Es entonces cuando se habla de isquemia crítica y la necesidad de amputación de la pierna aumenta considerablemente.

¿Sabía que...



Para un primer diagnóstico de la arteriosclerosis periférica o enfermedad del escarapate basta con tomar la tensión en el brazo y en el tobillo: si la diferencia de presión es mayor de lo normal, es síntoma inequívoco de esta dolencia.

Como hemos comentado, la toma de la tensión arterial suele realizarse en el brazo izquierdo porque parece detectar mejor el impulso cardíaco, pero, aun así, no se confirman diferencias notables entre uno y otro. También es normal que quien tome la tensión lo haga dos veces, para ofrecer la posibilidad de que desaparezca el ligero estrés que padece quien se somete a la prueba. Si hay mucha diferencia, se toma una tercera vez, y lo normal es que se equilibre.

En general se aconseja que la primera vez que se toma la tensión se haga en los dos brazos y, si hay una diferencia notable entre ambos, se repita en el que dé un resultado más elevado y se adopte esa medida como válida. En cualquier caso, para llegar al diagnóstico de hipertensión, debe tomarse en distintos momentos del día y, seguramente, corroborarse con diferentes pruebas.

Habitualmente se pone un manguito por encima del codo. A continuación se hincha usando la perilla de goma, de manera que se consigue anular los latidos de la arteria, como puede comprobarse con el fonendo. Acto seguido, se deja salir un poco de aire del manguito para permitir que la circulación se reanude y también los latidos. El primero de los latidos indicará la presión máxima de la sangre (tensión sistólica). Se sigue deshinchando el manguito, y los latidos se irán desvaneciendo. Cuando el latido se desvanece por completo, el indicador señalará la presión mínima (tensión diastólica).

La «hipertensión de bata blanca»

«Pero si me tomé la tensión el otro día en casa y estaba perfectamente...», se lamenta el paciente. Es entonces cuando le preguntan: «¿Está nervioso?». «No, no... Es que siempre impone un poco lo de tomarse la tensión...», responde.

Se calcula que por lo menos la cuarta parte de las tensiones altas que se miden ambulatorios, hospitales, etc., son, podríamos decir, «tomas falsas»: medidas que no responden a la realidad, sino al estado del paciente, a quien le impone el entorno sanitario. Hasta tal punto es así que ya se ha definido como **«hipertensión de bata blanca»**. Cabe destacar que es una hipertensión coyuntural, temporal y que no indica más que un estado de nerviosismo por parte del paciente. Como es un hecho conocido por el personal sanitario, si no se consigue que éste se calme, se optará por hacer las mediciones en casa a través de un dispositivo que va obteniendo valores de presión cada cierto tiempo durante 24 horas mientras el paciente realiza su rutina diaria.

Huelga decir que la hipertensión de bata blanca no significa que el paciente tenga necesariamente esa dolencia, ni tampoco que vaya a padecerla en un futuro: es sólo un producto del nerviosismo. El diagnóstico, insistimos, vendrá dado por tomas posteriores.

En un trabajo publicado en la revista *Circulation* se da cuenta del estudio realizado durante diez años a casi quinientas personas mediante monitorización durante 24 horas. Se trataba de recoger la presión sanguínea de cada latido mediante la inserción de un catéter (una sonda) en el brazo.

Tras el seguimiento de los 479 pacientes estudiados, 126 presentaban hipertensión de bata blanca. De éstos, la cuarta parte falleció por causas no cardiovasculares, y 5, por



un ataque cardíaco; asimismo, 3 sobrevivieron a un infarto y otros 3 necesitaron una revascularización quirúrgica. El otro grupo, que realmente padecía hipertensión, presentó los siguientes datos: 83 padecieron patología cardiovascular mayor, con 16 muertes por infarto, 10 ictus y 31 infartos.

El holter de tensión

Un método infalible para medir la presión que ejerce la sangre en el interior de las paredes de las arterias consiste en colocar un catéter. No obstante, supone asumir unos riesgos que no están justificados. Así, se opta por medir la tensión en el exterior de las arterias, algo mucho más seguro y cómodo para el paciente. De todo ello se deduce que, aunque no son exactamente lo mismo, la tensión y la presión arterial pueden considerarse sinónimos. Se ha comprobado, además, que las diferencias entre una opción y otra son realmente mínimas.

¿Sabía que...



Aunque pueden considerarse prácticamente sinónimos no es lo mismo presión que tensión arterial. La presión es la presión ejercida por la sangre en el interior de las arterias, y la tensión es la forma en que las arterias reaccionan a dicha presión (con más o menos elasticidad).

Como método alternativo al catéter salieron al mercado hace años unos holter de tensión, una variedad del aparato que permite monitorizar la frecuencia y el ritmo cardíacos de una persona de manera continuada durante un determinado período de tiempo, sin que ésta modifique su actividad cotidiana.

Este dispositivo recibe el nombre de «holter» por el biofísico estadounidense Norman Holter (1914-1983), quien sentó las bases de este sistema.

Así, utilizar un holter de tensión permite registrar las variaciones de ésta a lo largo de la jornada que dependen, entre otras cosas, de la actividad y de la alimentación. Para obtener el registro, el paciente se coloca un manguito por encima del codo, el cual va conectado a una pequeña grabadora portátil. Este manguito se hincha automáticamente cada cierto tiempo para medir la tensión.

La monitorización ambulatoria de la presión arterial (MAPA) —que es lo que se lleva a cabo mediante el holter— permite descartar si el paciente realmente tiene la tensión alta o si esa hipertensión es «de bata blanca».

Pese a todo, el sistema MAPA solo se recomienda para sospechas claras de esta hipertensión que podemos llamar nerviosa o en casos de hipertensión que no responden inicialmente a un tratamiento.


Uno de los datos más curiosos en relación con la hipertensión de bata blanca (a veces llega a subir la presión máxima hasta 30) **es que se ha comprobado que si**

la toma el médico, es mucho mayor que si la toma la enfermera.

Como señala la presidenta de la Sociedad Española de Hipertensión y de la Liga para la Lucha contra la Hipertensión (SEH-LELHA), la doctora Nieves Martell, «el 25 por ciento de las tensiones altas observadas en el ámbito sanitario se dan por el síndrome de bata blanca». Por ello el médico debe barajar siempre la posibilidad de que el paciente presente dicho síndrome.

Curiosamente, la doctora Martell distingue entre la hipertensión de bata blanca y la reacción de bata blanca: la primera es la que se origina «cuando el paciente tiene la tensión normal fuera del ambiente sanitario y alta dentro de él», mientras que la segunda se da «cuando el paciente es hipertenso, tiene un tratamiento y está bien controlado en su casa o en la farmacia, pero mal en el ambulatorio o en el hospital». En este sentido, son básicos los registros que el paciente «a quien se le dispara muchísimo la tensión» trae de casa o de la farmacia, ya que proporcionan una información «muy importante». «Son, precisamente, los que nos permiten comparar la tensión de fuera y de dentro del ambiente médico.» Si se tienen dudas, se le indica al paciente que realice estas pruebas en su domicilio. Otra opción es repetir la prueba en el centro sanitario «cuatro o cinco veces», tras lo que termina por volver a sus niveles cotidianos.

¿Sabía que...

 Estadísticamente, el riesgo menor de mortalidad cardiovascular se da cuando se tiene una presión sistólica o máxima de 138,8 y una diastólica o mínima de 86,5.
