

HYPERTENSION ARTERIAL

7.0
531
556

29-6-01-CH

HIPERTENSION ARTERIAL EN ODONTOLOGIA

CONSTANZA DEL PILAR FLOREZ
JUAN CARLOS HABIB
JAZMIN ADRIANA QUIZA CERON
CARLOS ALBERTO SILVA
CARLOS ARTURO SANCHEZ

MONOGRAFIA PARA OPTAR EL TITULO DE
ODONTOLOGO

DIRECTOR DR. AUGUSTO SANCHEZ

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO

SANTAFE DE BOGOTA D.C.

1996



DEDICATORIA

Queremos dedicar este trabajo a Dios, a todos los docentes quienes han compartido con nosotros sus conocimientos y experiencia. A nuestros padres quienes nos han ayudado siempre y quienes con su enseñanza, colaboración y orientación han logrado hacer de nosotros personas integrales. A todos nuestros amigos y compañeros que de una u otra manera nos hemos colaborado en nuestros años de carrera, construyendo una amistad que se formó por el destino, gracias a nuestra institución que llevaremos siempre en nuestro corazón por el resto de nuestras vidas.

Muchas Gracias

Pilar, Juan, Carlos, Jazmín y Carlos Alberto.



TABLA DE CONTENIDO

1. INTRODUCCION

2. JUSTIFICACION

3. PROPOSITO

4. OBJETIVOS

5. TIPO DE INVESTIGACION

6. DESARROLLO

7. CONCLUSIONES

8. REVISION BIBLIOGRAFICA



1. INTRODUCCION

Por medio de este trabajo se pretende analizar la presión arterial; se le confiere mayor atención a la comunidad odontológica por sus características y ciertas particularidades epidemiológicas y clínicas.

La hipertensión arterial es considerada como uno de los factores más importantes de riesgo para desencadenar complicaciones sistémicas, moderadas o graves en pacientes atendidos en el consultorio odontológico.



2. JUSTIFICACION

La magnitud del problema de la hipertensión arterial es un desafío en la profesión odontológica .

El interés por conocer de manera detallada y sistémica las variaciones de la presión arterial en los diferentes pacientes, durante y después del tratamiento odontológico, con la debida precaución al tratar estos pacientes.

3. PROPOSITO

Demostrar que la hipertensión arterial sistémica continua como causa importante de morbilidad cardiovascular en la mayoría de países, dando a conocer más a fondo dicha enfermedad tanto en sus complicaciones y tratamiento para tener un mejor manera de estos pacientes a nivel odontológico.



4. OBJETIVOS

GENERAL

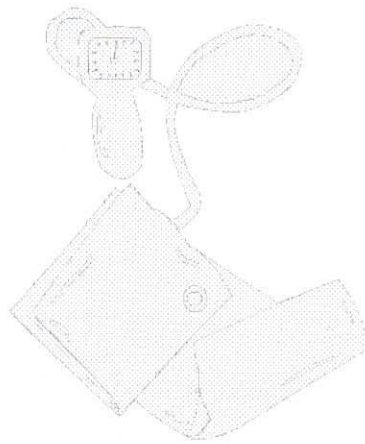
A través de este trabajo se busca establecer el diagnóstico de la hipertensión arterial, haciendo un enfoque terapéutico racional según la fisiopatología de la enfermedad, mostrando la hipertensión como una enfermedad sistémica causa de complicaciones en pacientes tratados odontológicamente y su manejo correspondiente en forma individual.

ESPECIFICO

Demostrar las variantes de la presión arterial en pacientes tratados odontológicamente capaces de desencadenar hipertensión arterial sistémica en el consultorio odontológico

5. TIPO DE INVESTIGACION

El tipo de investigación utilizado en esta monografía es el analítico.





6. DESARROLLO

1. DEFINICION

La Hipertensión Arterial, se considera como la elevación crónica de una de las dos presiones arteriales (Sistólica y Diastólica).

Los límites fijados para la Presión Sistólica iguales o mayores a 160 mmHg. Y para la Diastólica igual o superior a 95 mmHg. O una de las dos.



2. INCIDENCIA

Se presenta en un rango del 10 al 20% en pacientes adultos.

3. SINTOMAS

Asintomática en la mayoría de los pacientes, ocasionalmente presenta cefáleas, visión borrosa o cambios en el estado mental.

4. ETIOLOGIA

Esencial (primaria o idiopática) en el 90% de los casos. Secundaria a enfermedades de parénquima renal, circulación renal, o adrenal en el 10% de los casos.



5. GUIA PARA UN ESTATUS CLINICO DE LA PRESION

	SISTOLICA (mmHg)	DIASTOLICA (mmHg)
NORMAL	120	80
CONTROLADA	140	90
HTA.LEVE	140-160	90-105
HTA.MODERADA	160-170	105-115
HTA.SEVERA	170-190	115-125
HTA.MALIGNA	190-Mayor	

HTA. SEVERA : Generalmente de 190/125 o más asociada con síntomas de SNC. Tales como visión borrosa, cefálea o cambios en el estado mental.

6. DIAGNOSTICO Y CLASIFICACION

La Hipertensión Arterial se puede clasificar de tres maneras distintas, como son:



6.1 Según el nivel de Lectura de la Presión Arterial: A nivel individual, es recomendable hacer por lo menos 3 lecturas de la presión en dos ocasiones o días diferentes bajo condiciones adecuadas.

6.2 Según Lesiones Orgánicas : Posee tres Fases de Hipertensión, las cuales describen el curso y la rapidez con que varía la Hipertensión cuyos

valores son diferentes de un individuo a otro, debido a muchos factores.

La medida con que los órganos se ven afectados corresponde con la exactitud al nivel de Presión.

La presión arterial y las lesiones orgánicas son evaluadas por separado.

Las fases de la Hipertensión son las siguientes:

6.2.1 Fase I : No se aprecian signos objetivos de alteraciones orgánicas.

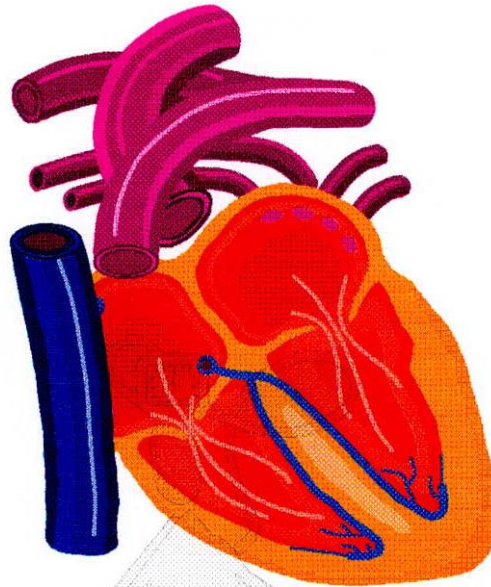
6.2.2 Fase II : Se presentan algunos de estos signos de afección orgánica:

- Hipertrofia del ventrículo izquierdo*
- Estrechez focal y generalizada de las arterias retinianas*
- Proteinuria y ligero aumento de la concentración de creatinina en el plasma o uno de los 2.*



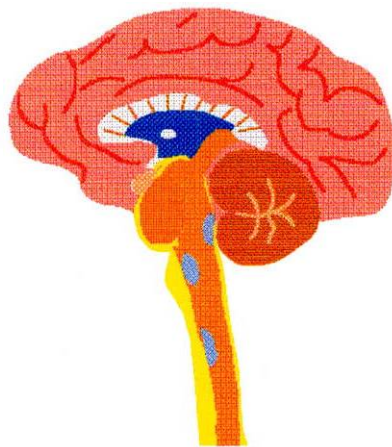
6.2.3 Fase III : Analizada según órganos:

⇒ Corazón : Insuficiencia ventrículo izquierdo. Infarto miocardio.



⇒ Encéfalo : Hemorragia cerebral, cerebelar, o del tallo encefálico.

Trombosis arterial intracraneana.





⇒ *Fondo de Ojo : Hemorragias y exudados retinianos.*



⇒ *Riñón : Insuficiencia renal.*

6.3 Según la Etiología :

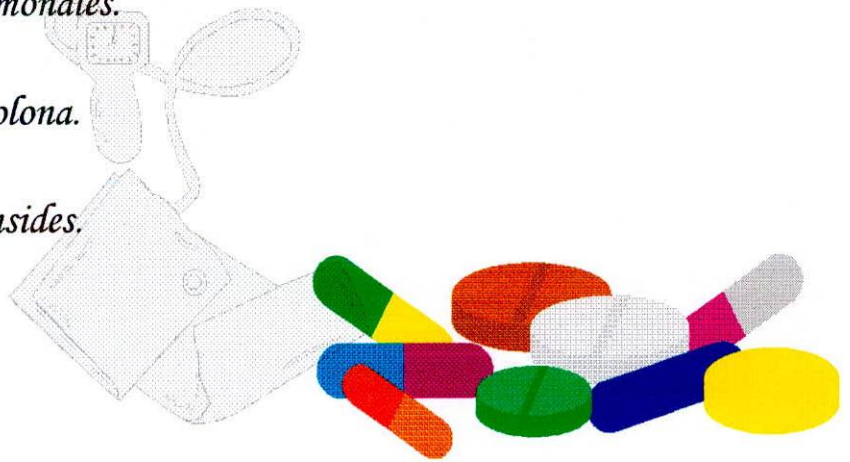
6.3.1 *Hipertensión esencial o primaria : Presión arterial elevada sin causa orgánica evidente. Se presenta en un rango del 90 al 95% en pacientes con problemas de Hipertensión. Se considera como posibles condiciones:*

- * *Factores genéticos.*
- * *Factores alimenticios : Excesos de sal, grasas, alcohol, calorías.*
- * *Factores psicosociales : Stress, Tensiones ocupacionales.*

6.3.2 Hipertensión Secundaria : La presión arterial que se presenta sin causa identificable tal como:

6.3.2.1 Administración de medicamentos:

- *Contraceptivos Hormonales.*
- *Regaliz y Carbenoxolona.*
- *ACTH y Corticostensides.*
- *Otros.*



6.3.2.2 Embarazo.

6.3.2.3 Enfermedades Orgánicas :

- ◆ *Coartación de la aorta.*
- ◆ *Enfermedades renales.*

- ◆ *Enfermedades de la corteza suprarrenal.*
- ◆ *Enfermedades de la médula suprarrenal.*

7. HIPERTENSION ARTERIAL EN NIÑOS

La época ideal para empezar la prevención de la Hipertensión Arterial es la niñez. En niños y adolescentes varían los valores de la Presión Arterial según el sexo y la edad.



En niños es recomendable realizar la medición de la presión arterial desde edades tempranas como a los 5 o 6 años. En los Adolescentes, la relación entre el sobrepeso y niveles altos de Presión Arterial son directamente proporcionales.

De igual modo, los niños hijos de padres hipertensos y aquellos con alto riesgo racial, deben vigilarse sus valores de Presión Arterial y peso.

No es recomendable realizar selección para la hipertensión en niños y adolescentes, ya que los criterios de clasificación de la Hipertensión en niños, no están bien definidas.

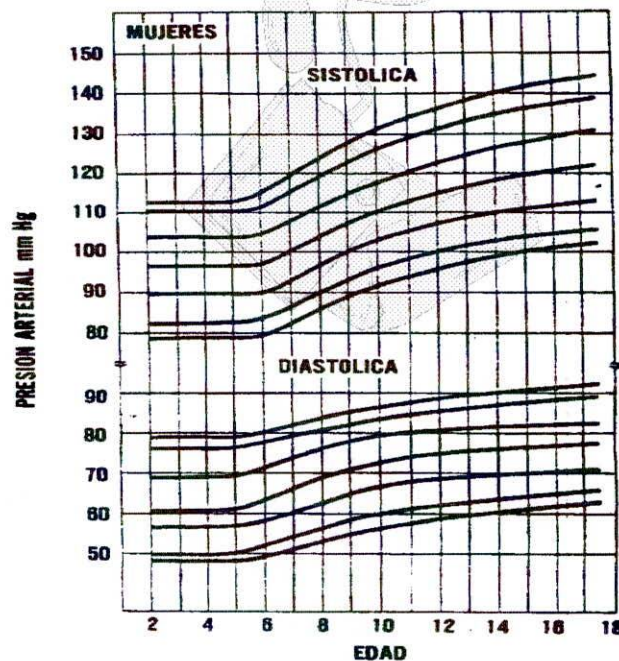


FIGURA 1. PERCENTILES DE LA MEDICION DE LA PRESION ARTERIAL (Brazo derecho, sentado). EN MUJERES.

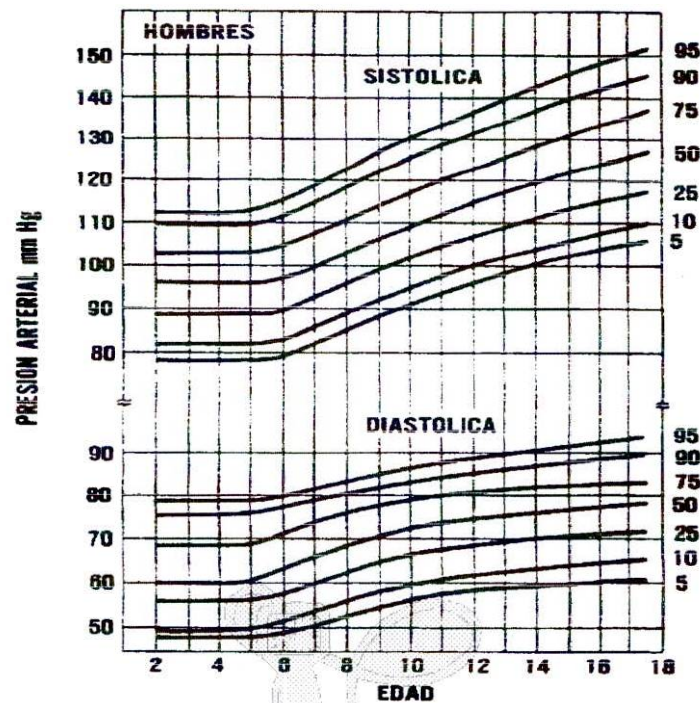
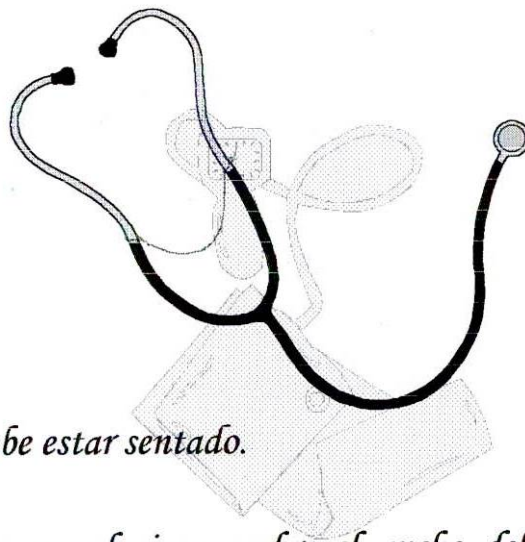


FIGURA 2. PERCENTILES DE LA MEDICION DE LA PRESION ARTERIAL (Brazo derecho, sentado) EN HOMBRES.

8. TECNICAS DE MEDICION DE LA PRESION ARTERIAL

Para la medición de la Presión Arterial, es indispensable tener en cuenta que la variabilidad biológica de la Presión es muy grande durante el transcurso del día, por lo tanto, es recomendable:

- *El tensiómetro de mercurio.*
- *El personal que toma la presión debe ser bien adiestrado.*
- *El tensiómetro y el Fonendoscopio deben estar en buenas condiciones.*

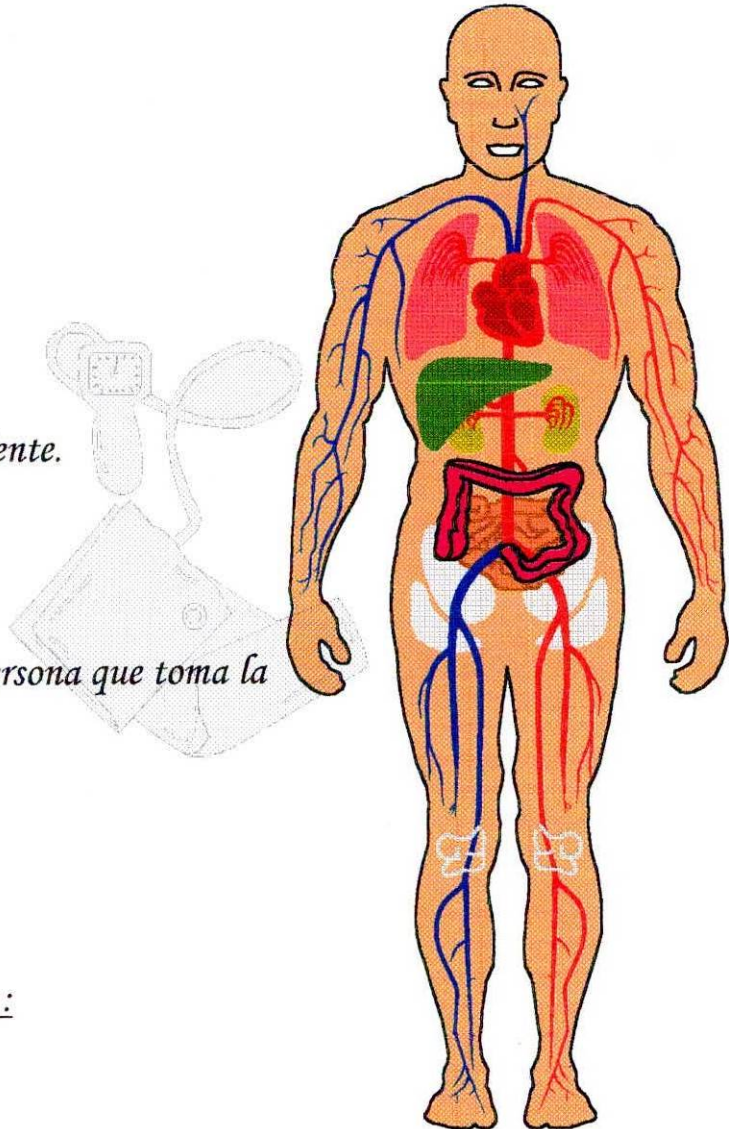


- *El paciente debe estar sentado.*
- *Seguir las recomendaciones sobre el ancho del manguito, brazalete para envolver por lo menos las 2/3 partes del brazo. Teniendo en cuenta:*

	ANCHO (cms)	LARGO (cms)
RECIENTE NACIDO	2.5 - 4	5 - 10
INFANTE	6 - 8	12 - 13.5
NIÑO	9 - 10	17 - 22.5

Entre los factores que más influyen en los valores de la Presión Arterial se encuentran:

- ◇ *La hora del día.*
- ◇ *La ansiedad.*
- ◇ *Incomodidad física*
- ◇ *Temperatura del ambiente.*
- ◇ *Posición corporal.*
- ◇ *Características de la persona que toma la medición arterial.*



8.1 Condiciones estándar :

- ◆ *Debe existir un ambiente óptimo de tranquilidad y temperatura.*
- ◆ *No debe haber fumado.*



- ◆ *No haber realizado ejercicios físicos por lo menos media hora antes.*
- ◆ *Haber ingerido una comida habitual.*
- ◆ *El brazo debe estar libre de ropa.*
- ◆ *No debe efectuarse ningún cambio de posición en los cinco minutos antes del registro.*

8.2 Procedimiento para la toma de la Presión Arterial:

- ◆ *Sentar al paciente con el brazo derecho apoyado en una superficie firme, doblado en un ángulo entre 0 y 45° a la altura del nivel del corazón (Cuarto espacio intercostal). Dejar reposar por lo menos de 5 a 10 minutos.*

- ♦ Colocar el brazal adecuado a la medida del brazo de tal manera que su borde inferior quede por lo menos de 2 a 3 cms. Por encima del pliegue del codo.
- ♦ Infla el manguito rápidamente hasta un nivel inmediatamente superior a la presión palpatoria radial.



- ♦ Desinflar el manguito hasta llegar al cero de la columna de mercurio.
- ♦ Inflar de nuevo y determinar la presión por el método auscultatorio desinflando el manguito a una velocidad de 2 mm por segundo. La Sistólica en la primera percepción de sonido y la Diastólica al desaparecer completamente el sonido.
- ♦ Registrar el dato por el método visual al valor más cercano a los 2 mmHg, ejemplo 80, 92, 96.

9. ERRORES MAS FRECUENTES EN LA MEDICION

9.1 Errores del Observador:

- *Tomar la presión por encima de la ropa del paciente : Produce una doble cámara neumática, igualmente no debe remangarse el vestido o camisa porque produce una presión adicional sobre el brazo. Debe medirse con el brazo totalmente descubierto.*
- *La aplicación irregular de la cámara neumática (arrugas en la tela o aplicación floja del brazal)*
- *Cuando no se coloca el centro de la cámara neumática sobre el eje longitudinal de la arteria, produciendo falsas tensiones altas.*

- *Inflación lenta de la cámara neumática. Produce una disminución de la intensidad de los sonidos Korotkoff. La inflación debe hacerse en forma rápida.*
- *Inflación excesiva de la cámara neumática. Puede ser dolorosa y mostrar presiones altas falsas.*
- *Deflación rápida de la cámara neumática. Puede engañar al ojo y habrá mayor tendencia a aproximaciones al 0 y al 5. Debe hacerse a una velocidad entre 2 a 3 mmHg por segundo.*
- *Partir de valores diferentes a 0 cuando se inicia la inflación. Cuando se quiere repetir la toma debe regresarse a cero.*



- *Aplicación errónea del estetoscopio. Es muy común que éste sea colocado debajo de la cámara neumática. Debe colocarse sin hacer ningún contacto con la cámara de aire y sobre la arteria previamente palpada*
- *Posición incorrecta del brazo: El brazo debe apoyarse en una superficie firme y estar a nivel del corazón. En posición sentada debe estar a nivel del 4º espacio intercostal.*

9.2 Errores del Instrumento :

- ◆ *Calibración inadecuada. Los aparatos deben calibrarse periódicamente. Los aneroides con un modelo de mercurio con un margen de 50 a 200 mmHg. Al iniciar la medición con un tensiómetro de mercurio, debe*

estar en posición vertical y marcando exactamente el cero. La ventana aérea superior debe estar completamente limpia de polvo y óxido.

- ◆ *Deficiencias en el sistema de circulación de aire. Escapes de aire cuando se lleva a cabo la inflación o deflación. Deben revisarse desperfectos en el tornillo de la válvula.*

- ◆ *Escalas manométricas inapropiadas. Existen muchos tensiómetros con escalas manométricas inapropiadas. Los más usados son los de escalas con base de 2mmHg.*

9.2 Adiestramiento y estandarización :

Para lograr la capacitación del personal puede usarse ayudas audiovisuales. Se recomienda efectuar series de mediciones con lecturas comparadas entre el adiestrador o patrón y el alumno y 12 a 15 personas

por lo menos. Las diferencias entre las lecturas de ambos deben ser mínimas y si no se consiguen con la primera serie debe continuarse hasta conseguir la estandarización.

La pericia del personal para medir la presión, debe verificarse periódicamente, por lo menos cada seis meses y si es necesario, debe repetirse dicho adiestramiento.

10. CLASIFICACION DE LA CRISIS HIPERTENSIVA

En un intento de unificar los criterios diagnósticos y facilitar el enfoque terapéutico, es común subdividir las crisis hipertensivas en urgencias y emergencias hipertensivas.

10.1 Urgencia hipertensiva :



Se considera como tal la elevación de la presión arterial diastólica por arriba de 130 mmHg pero sin lesión clínica de órgano blanco, no hay edema pulmonar, no hay trastornos renales ni neurológico, etc. Estos casos requieren un control rápido pero no inmediato, de la presión arterial, se considera un lapso de 48 horas como adecuado para tal control. El tratamiento con medicación oral es suficiente, y el control puede efectuarse ambulatoriamente.

10.2 Emergencia hipertensiva :

Es una situación en la cual junto a una elevación severa de la presión arterial, similar a la anterior, existe lesión clínica amenazante de la vida y requiere corrección inmediata de la presión arterial por considerarse este

factor desencadenante de la lesión clínica. Se pueden ocurrir las siguientes situaciones clínicas:

- *Con la lesión cerebral (Neurológica) : Encefalopatía hipertensiva.*

Consiste en un trastorno neurológico desencadenado por la elevación severa y brusca de la presión arterial y que recupera completamente al controlar las cifras tensionales (en 24 a 48 horas se aprecia habitualmente la recuperación).

- *Accidente vascular cerebral : Hemorragia cerebral por hipertensión arterial.*

- *Con lesión cardiovascular : Edema pulmonar. Revierte habitualmente de manera dramática al controlar la presión arterial. Aneurisma aórtico, disecante, etc.*

- Otros : Hipertensión severa asociada a insuficiencia renal, eclampsia, etc.

El examen de fondo de ojo, procedimiento sencillo, debe efectuarse en todos los pacientes con crisis hipertensivas.

11. RECOMENDACIONES PARA EL ODONTOLOGO

◆ *Es primordial establecer y preciar el diagnóstico clínico. El espectro de presentación varía desde un paciente casi asintomático hasta el estado de coma : “ No dejar de evaluar a un paciente simplemente porque aparenta estar bien “.*

◆ *Efectuar una historia clínica rápida pero precisando puntos claves.*

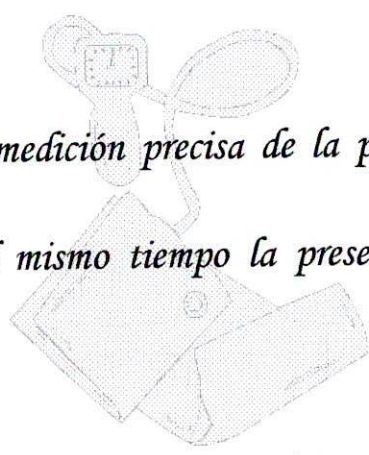
◇ *¿ Se conocía su hipertensión ?*

◇ ¿ Recibía medicación ? ¿ cuál ?

◇ ¿ Tomaba los medicamentos regularmente ?

◇ ¿ Cuándo y cómo inició los síntomas ?

◇ ¿ Qué enfermedades adicionales tiene : Asma bronquial, enfermedad coronaria, etc ?



◆ Enfatizar sobre la medición precisa de la presión arterial en ambos brazos. Verificar al mismo tiempo la presencia de pulsos arteriales periféricos.

◆ Descartar un ortostafismo severo (feocromositoma).

◆ Verificar el estado de conciencia.

◆ *Establecer el tamaño pupilar, el fondo del ojo, la ausencia de rigidez nuchal*

◆ *Asegurar la vía aérea.*

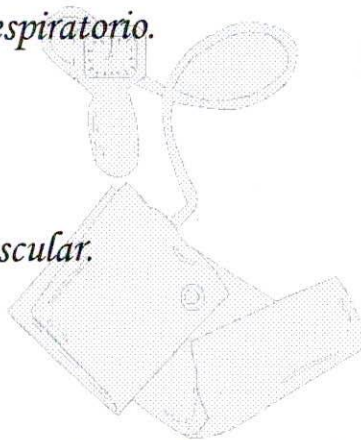
◆ *Registrar el patrón respiratorio.*

◆ *Evaluación cardiovascular.*

◆ *Descartar signos de falla cardíaca. Soplos cardíacos, presencia de ruidos adicionales : S3.*

◆ *Vigilar la función renal.*

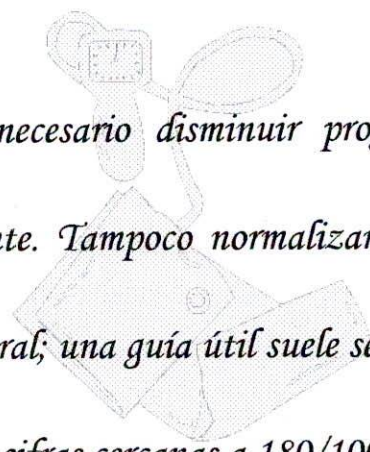
◆ *Repetir la evaluación periódicamente.*





12. CONSIDERACIONES IMPORTANTES

Recordar que el flujo cerebral cambia su regulación en el hipertenso, y por un fenómeno considerado de "Adaptación de protección" éste requiere presiones mayores que el normotenso para mantenerse óptimo.



En consecuencia es necesario disminuir progresivamente la Presión arterial, no bruscamente. Tampoco normalizarla, por la posibilidad de disminuir el flujo cerebral; una guía útil suele ser, disminuir en 10 mmHg por hora hasta obtener cifras cercanas a 180/100 mmHg.

13. RECOMENDACIONES PARA EL PACIENTE

- *Insistirle en que la Presión Arterial no correlaciona necesariamente con la sintomatología (Sentirse bien, no garantiza que la presión arterial está bien).*
- *Es necesario aclararle que requiere un tratamiento continuo.*



- *Hacerle énfasis sobre los controles periódicos que puede efectuar en los centros de salud.*
- *Hacerle hincapié sobre la dieta hiposódica, el ejercicio supervisado, las técnicas de relajación y el descanso adecuado, muy útiles en enfermos hipertensos.*

14. RECOMENDACIONES PARA LA FAMILIA Y LA COMUNIDAD

⇒ Es necesario estimular al enfermo hipertenso para que continúe su tratamiento. No inducirlo a ingerir dietas no indicadas : Hipersódicas, por ejemplo, bajo el pretexto de tipo social.

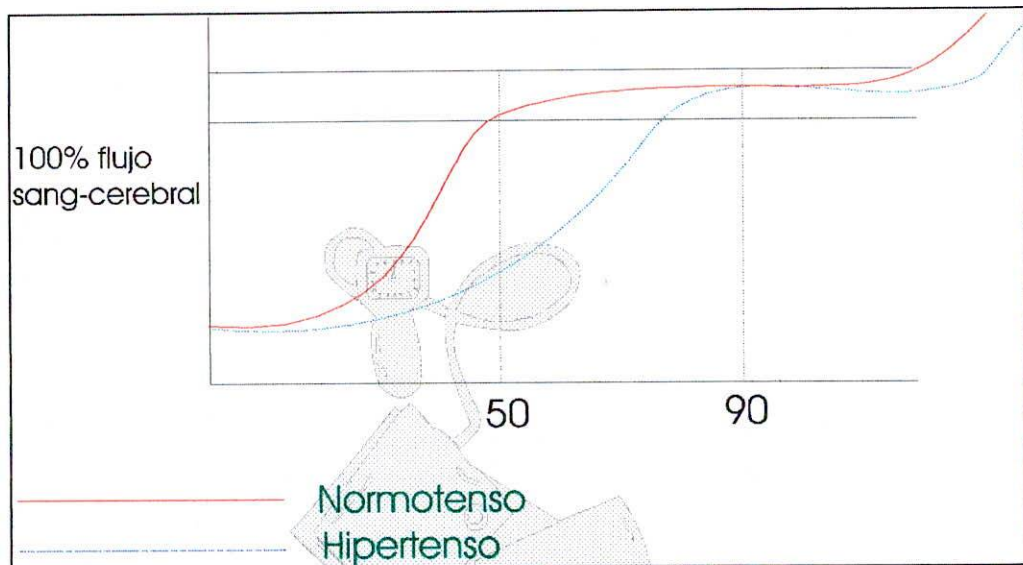
⇒ Insistir sobre lo fundamental del control de presión arterial. Debe efectuarse sistemáticamente en todas las personas sanas, con énfasis en aquellos con tendencia familiar de hipertensión o enfermedad coronaria, diabéticos o con hiperlipidemias.

MEDICAMENTOS UTILES EN EL CONTROL DE CRISIS HIPERTENSIVAS.

INDISPENSABLES	RECOMENDABLE
1. Nifedipina	1. Babetalol
2. Isosorbide sub.	2. Nitroglicerina IV
3. Nitroprusiato de Na.	3. Morfina IV
4. Furosemide	4. Hidralacina

FIGURA 3. AUTORREGULACION DE FLUJO CEREBRAL.

VARIACION EN EL HIPERTENSO.



El familiograma es un método para almacenar datos de la familia que dé la oportunidad de hacer una retroinformación básica (Nombres, fechas de nacimiento, muertes, matrimonios, etc.). Este es un instrumento para identificar problemas hereditarios; puede ser construido con la colaboración de toda la familia, y puede permitir una evaluación rápida.

Los elementos del Familiograma son:

- * Tres ó más generaciones.*
- * Nombres de todos los integrantes de la familia.*
- * Edad o fecha de nacimiento de cada uno de los integrantes de la familia.*
- * Muertes, incluyendo la edad o fecha y su causa.*
- * Enfermedades significativas o problemas de los miembros de la familia.*
- * Demarcación de los miembros de la familia que viven bajo el mismo techo.*
- * Fechas de matrimonios o divorcios.*
- * El miembro que primero nació, debe ir a la izquierda y sus hermanos a la derecha en orden descendente.*
- * Descripción de los símbolos usados.*
- * Símbolos utilizados por simplicidad y máxima visibilidad.*



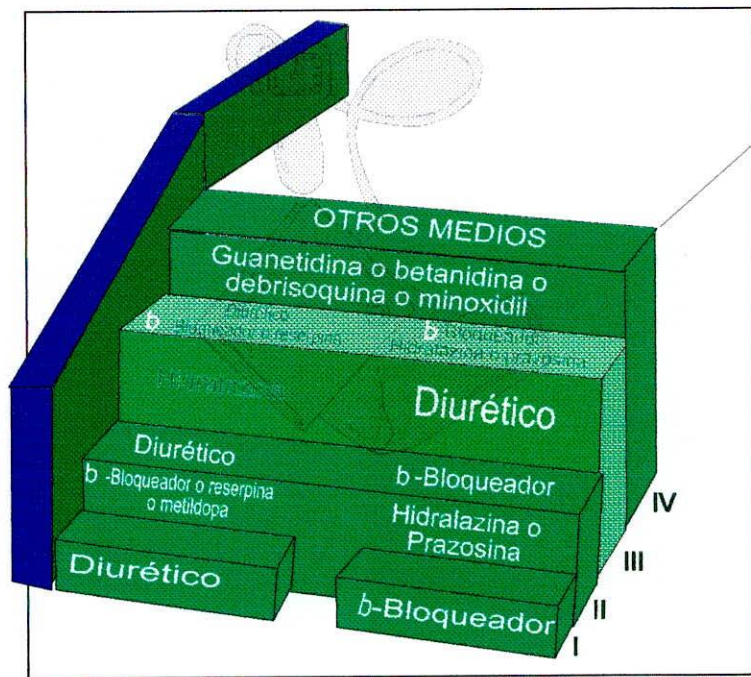
Ventajas del Familiograma:

- ◇ *Facilita el manejo de la enfermedad y el conocimiento de los síntomas compartidos por los miembros de la familia.*
- ◇ *Permite identificar causas de síntomas.*
- ◇ *Ayuda a anticipar y prevenir problemas.*
- ◇ *Facilita el diagnóstico de problemas emocionales.*
- ◇ *Permite el entendimiento entre los miembros de la familia.*
- ◇ *Ayuda a contemplar los detalles del ambiente pertinentes al problema objeto de estudio.*

15. ESQUEMAS DE TRATAMIENTO

Para el tratamiento de la Hipertensión arterial se acepta universalmente el esquema de tratamiento "Escalonado" o por etapas, que permite simplificar las normas a nivel de médicos y organismos de salud.

FIGURA 4. TRATAMIENTO ESCALONADO.



Todo esquema incluye otras medidas generales en todas las etapas, a saber:

Reducción de peso, dieta baja en sal, abstención de fumar, ejercicio físico moderado.

El esquema escalonado de tratamiento aprobado por el Comité Nacional Coordinador sobre Detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial de los Estados Unidos de América (1980 Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure) es el siguiente :

◆ *Diurético (preferiblemente tiazídicos), los de asa deben reservarse para pacientes especiales.*

◆ *Agentes bloqueadores adrenérgicos o que actúen en el sistema nervioso simpático : Clonidina, metildopa o metoprolol o nadolol o prazosina o*

reserpina (alcaloides de Rauwolfia), se presentan en orden alfabético y no de preferencia, la prazosina puede también usarse en el escalón III.

◆ *Vasodilatador : Hidralazina.*

(El minoxidil debe reservarse para pacientes especialmente seleccionados y no debe considerarse en el escalón III).

◆ *Agentes inhibidores adrenérgicos adicionales : guanetidina (Este medicamento puede usarse en el escalón II en dosis pequeñas).*

En general, los diferentes programas que están funcionando en América Latina han adoptado el sistema escalonado, pero con adaptaciones originadas en diferentes criterios clínicos, y sobre todo en la disponibilidad y costos de los medicamentos en cada región.

Es importante señalar que actualmente son objeto de controversia varios de los aspectos de la terapia que se aplica, en donde se señalan los siguientes :

⇒ Uso de diurético o bloqueador beta en el primer escalón. La OMS señala uno u otro.

⇒ Uso de suplementos de potasio en la terapia con diuréticos. Se aconseja dejar a criterio médico.

⇒ Uso de medicamentos en presentaciones separadas o en combinaciones integradas en una sola presentación.

Otro aspecto importante que debe tenerse en cuenta cuando se habla de tratamiento, es el de los efectos que se producen debido a la supresión brusca de un medicamento, hecho muy común en los pacientes



hipertensos. El fenómeno llamado "De Rebote" se presenta por la suspensión brusca de algunos medicamentos y consiste en una elevación súbita de la presión arterial, que puede a veces convertirse en una crisis Hipertensiva.

Por otra parte, la suspensión brusca de bloqueadores beta en pacientes con insuficiencia coronaria, puede desencadenar un agravamiento del cuadro o un infarto del miocardio.

Se incluye el siguiente cuadro con indicaciones de los efectos colaterales, las dosis y las precauciones que deben tenerse en relación con los principales medicamentos antihipertensivos.

MEDICAMENTOS	EFFECTOS COLATERALES	PRECAUCIONES Y CONSIDERACIONES ESPECIALES
DIURETICOS :		
Tiazidas y derivados	Hipocalcemia, hiperuricemia, hiperglicemia y elevación de lípidos (menos frecuente)	Uso digital, gota, insuficiencia renal, pancreatitis.
Que obran en asa de Henle.	Hipocalcemia, hiperuricemia	Uso digital, gota, hipocalcemia, hiponatremia, hipertrofia prostática.
Ahorraadores de potasio : Espironolactona triantirene	Hipercalcemia, letargo, ginecomastia, irregularidades mestruales, síntomas gastrointestinales	
Amiloride	Hipercalcemia, síntomas gastrointestinales, hiponatremia, exantema.	Hipercalcemia, insuficiencia renal.

Medicamentos que Actúan sobre el Sistema		
---	--	--

Nervioso Simpático

(SNS).

Acción Central :

Clonidina.

Somnolencia, mareo,
fatiga, sequedad de la
boca, constipación.

Fenómeno de rebote. Uso
concomitante con
depresores del SNS y
alcohol.

Metildopa.

Somnolencia, mareo,
fatiga, sequedad de la
boca.

Enfermedad hepática,
anemia hemolítica
(Coombs positiva), fiebre.

Reserpina (Alcaloides de
Rauwolfia).

Congestión nasal,
depresión, letargo,
impotencia sexual,
pesadillas.

Depresión mental, úlcera
péptica.

Bloqueo Ganglionar :

Guanetidina.

Hipotensión postural,
diarrea, astenia,
eyaculación retrógrada,
bradicardia, congestión
nasal.

Falla cardíaca, falla renal,
bradicardia grave.
Tratamiento inhibidores de
MAO
(monoaminooxidasa).

Betanidina Debrisoquina

Semejantes a
Guanetidina.



Bloqueadores de receptores Beta:		
Propranolol, metoprolol, nadolol, timolol.	Bradicardia, anorexia, náusea, insomnio, debilidad. Síndrome de Raynaud.	Falla cardíaca, asma, diabetes, enfermedad vascular periférica.
Bloqueadores de Receptores Alfa :		
Prazosina.	Mareo postural, palpitaciones, somnolencia, debilidad, náusea, cefálea.	Síndrome postural.
Vasodilatadores.		
Hidralazina.	Cefálea, taquicardia, náusea, hipotensión postural.	Enfermedad coronaria, síndrome similar a Lupus eritematoso (raro a dosis corrientes).
Prazosina	Mareo postural, palpitaciones, somnolencia, debilidad, náusea, cefálea.	

Fuente : OMS.

16. TRATAMIENTOS

Se debe tener en cuenta:

- *Prescripción de sedantes en pacientes con diagnóstico de hipertensión con o sin tratamiento médico y en los aprensivos normotensos.*
- *La sedación con 5 mg. de tranquilizante o ansiolítico administrado una hora antes de la cita odontológica, permite tratar a un paciente tranquilo, relajado y con una presión arterial estable, lo que permite realizar cualquier tratamiento dental con mínimas posibilidades de complicación sistémica.*
- *La adrenalina en el anestésico puede ser utilizada sin riesgo, siempre y cuando se tome la precaución de aspirar para asegurar que se esta infiltrando vascularmente.*

- *El calibre de la aguja no debe ser inferior a 25 y las jeringas deben ser hipodérmicas desechables.*
- *Elegir anestésicos sin vasoconstrictor es erróneo ya que puede aumentar la toxicidad del fármaco, además disminuye el tiempo y la profundidad anestésica.*
- *Emplear anestésicos locales que contengan una concentración de hasta 1:50.000 de adrenalina, utilizando esta cantidad son mínimos los cambios sobre la presión arterial.*
- *Está contraindicado el uso de anestésicos locales que contengan epinefrina en pacientes que reciben inhibidores de la monoaminoxidasa porque pueden presentar elevación de la presión arterial por potencialización del anestésico e interacción del sinergismo entre ambos fármacos.*

7. CONCLUSIONES

- *La hipertensión arterial a pesar de ser una enfermedad muy común puede traer grandes consecuencias si no se sabe tratar adecuadamente.*
- *Cualquier paciente, no importa sexo, edad, raza, o condición social puede ser hipertenso.*
- *Es necesario saber cuales son los cuidados especiales que se deben tener con un paciente hipertenso evitando así provocarle algún tipo de crisis en el consultorio odontológico.*
- *La hipertensión arterial no es causa o motivo para no dar atención a un paciente en el consultorio odontológico, siempre y cuando estemos bien asesorados de dicha enfermedad.*

- *Para cualquier procedimiento quirúrgico se debe tomar la presión arterial antes, así este controlado médicamente.*
- *Todo paciente que atendamos en la consulta odontológica debemos tomarle la presión arterial, así no tenga antecedentes de crisis hipertensiva.*
- *La hipertensión es un enfermedad que debemos tener controlada con interconsulta médica para cualquier tratamiento odontológico.*

8. REVISION BIBLIOGRAFICA

- *Manejo integral de urgencias - (Malagón, Londono y colaboradores)*
- *La hipertensión arterial como problema de salud comunitario - Organización panamericana de la salud.*
- *Jones. Bagagne, Robson A.M. et. al - Hypertensión in aparenttly normal children, 1971.*
- *Manejo odontológico del paciente médicamente comprometido - Instituto Ciencias de Salud - CES -*
- *Sonia S.T., Fabio, R.C. and Fang L. principales and practice of oral Medicine, Philadelphia w.b.saunders Co. 1984.*
- *Práctica Odontológica Vol.15 No. 12 Diciembre 1994.*
- *Bayley L. Enfermedades sistémicas en odontología. Rezza editores 1a. de. México D.F. 1989 págs. 233,242,243.*

- *Burket, Diagnóstico y Tratamiento 8a. edición editorial*

Interamericana, México D.F. 1986 págs 15-21.

