



**Nombre de alumno: Merari Alejandra  
García Ruiz**

**Nombre del profesor: MARCOS JHODANY  
ARGUELLO GALVEZ**

**Nombre del trabajo: cuadro sinóptico  
sobre guía de práctica clínica de  
hipertensión arterial**

**Materia: Práctica clínica de  
enfermería**

**Grado: 6°cuatrimestre**

**Grupo: "B"**

comitán de Domínguez Chiapas a julio de 2020.

# HIPERTENSIÓN ARTERIAL

¿Qué es la hipertensión Arterial Sistémica (HAS)?

Según la (NOM-030-SSA2-1999)

es un síndrome de etiología múltiple caracterizado por la elevación persistente de las cifras de presión arterial a cifras  $\geq 140/90$  mm/Hg

En sí, es el producto del incremento de la resistencia vascular periférica y se traduce en daño vascular sistémico

es considerada como:

como un predictor de morbimortalidad para enfermedades cardiovasculares

Dentro de las enfermedades cardiovasculares que se desencadenan, entre estas están:

el infarto del miocardio, la insuficiencia cardíaca, la enfermedad arterial periférica y la insuficiencia renal

**Clasificación de la presión arterial (en mm Hg) y como se previene o se cura en adultos:**

- Óptima:** menor de 120 (PAs) y menor de 80 (PAd) → Felicitar a la persona.
- Normal:** menor de 130 (PAs) y menor de 85 (PAd) → Controlar cada cinco años.
- Normal-alta:** 130-139 (PAs) y 85-89 (PAd) → Controlar cada año.
- Hipertensión I:** 140-159 (PAs) o 90-99 (PAd) → Tratamiento.
- Hipertensión II:** 160-179 (PAs) o 100-109 (PAd) → Tratamiento.
- Hipertensión III:** 180 (PAs) o 110 (PAd) → Tratamiento.

**Factores de riesgo de la enfermedad:**

▲ Consumo de sal y grasas

▲ Obesidad

▲ Sedentarismo

▲ Ingesta de alcohol

▲ estrés

**La prevención primaria de la HA es la combinación de hábitos de vida que incluyen:**

- pérdida de peso en las personas con sobrepeso

- aumento de la actividad física

- moderación del consumo de alcohol

- dieta rica en frutas y verduras y escasa en grasas

- bajo contenido de sodio

**Prevención:**

Se da a través de:

La historia clínica y la exploración física

Son un método preventivo que logran la detección oportuna de hipertensión arterial

El diagnóstico se establece tras dos mediciones de la presión arterial por consulta en al menos dos citas continuas.

La palpación del pulso en reposo determina el ritmo cardíaco y permite identificar arritmias, especialmente fibrilación auricular.

**El modelo score:**

Se usa para establecer el riesgo de fallecer asociado a enfermedad cardiovascular.

su puntaje de este modelo se estima con base en la edad, sexo, hábito tabáquico, colesterol total y presión sistólica del paciente.

se aplica en pacientes con HAS asintomáticos, sin enfermedad cardiovascular, renal o diabetes mellitus

Se recomienda en personas con HAS, asintomáticas, sin enfermedad cardiovascular, renal o diabetes

**Pruebas diagnósticas:**

Los exámenes de rutina aceptados asociadas en un paciente con HAS, son:

- Citometría hemática
- Química sanguínea y electrolíticos séricos (cloro, sodio y potasio)
- Ácido úrico
- Perfil de lípidos (HDL, LDL; colesterol total y triglicéridos)
- Electrocardiograma (ECG)
- Examen general de orina

Entre las pruebas específicas que se realizan para búsqueda de DOB, incluyen:

- Hemoglobina glucosilada
- Proteinuria cuantitativa
- Ecocardiograma
- Monitoreo Holter
- Ultrasonografía (vascular, carotídeo, arterial periférico, y renal)
- Fundoscopia

En establecimientos donde se cuenten con los recursos y el personal capacitado para la realización e interpretación de ECG se sugiere:

un estudio basal de 12 derivaciones.

con el propósito de investigar hipertrofia ventricular y bloqueo.

En establecimientos donde se cuenten con los recursos y el personal capacitado para la realización e interpretación del monitoreo de Holter (MAPA), se sugiere:

Discordancia de la presión arterial registrada en casa y el consultorio,  
Sospecha de hipertensión nocturna por daño renal o apnea del sueño,  
Sospecha de hipotensión autonómica

tratamiento farmacológico

Su función se basa en:

reduce el RCV, y eventos cardiovasculares y cerebrovasculares, así como la muerte del paciente con HAS.

El tratamiento de inicio en pacientes con HAS comprende fármacos de primera línea tales como:

1. Diuréticos tiazidicos (o clortalidona),
2. beta-bloqueadores
3. IECA (Inhibidores de la Enzima Convertidora de Angiotensina)
4. ARA-II (Antagonistas de los Receptores de Angiotensina II)
5. Calcio-antagonista de acción prolongada

Se recomienda:

utilizar fármacos de primera línea con prescripción razonada, a dosis bajas e incrementar gradualmente, dependiendo de la respuesta y control de la presión arterial

En caso de requerir la combinación de 3 fármacos, se recomienda:

- 1) Tiazidas,
- 2) más IECA o ARA II,
- 3) más calcio-antagonistas.

No combinar IECA y ARA-II en un mismo régimen terapéutico, para el paciente con HAS.

el tratamiento de hipertensión arterial sistólica aislada:

se basa en diuréticos del tipo de tiazidas, calcio-antagonistas de acción prolongada o ARA II.

hipertensión sistólica aislada no controlada, se sugiere:

la combinación de dos fármacos de primera línea o en presencia de eventos adversos utilizar alfa-bloqueadores, IECA o calcio antagonista.

El tratamiento de la hipertensión resistente:

el uso de espironolactona a dosis de 25 mg cada 24 horas, vigilando su utilización en enfermos con disminución de la Tasa de Filtración Glomerular (TFG)

Tratamiento farmacológico en casos especiales:

En un paciente anciano con PAS  $\geq 160$  mm Hg., se recomienda iniciar tratamiento farmacológico

El tratamiento antihipertensivo se considera en el anciano  $< 80$  años de edad

Persistiendo el descontrol hipertensivo al fármaco de primera línea, después de alcanzar la dosis máxima tolerada se adiciona un segundo de fármaco de otra clase (primera línea).

Persistiendo el descontrol hipertensivo con el tratamiento de dos fármacos, se adiciona un tercer de fármaco de otra clase de primera línea.

Ante la falla terapéutica de 3 fármacos, se recomienda buscar las posibles causas, entre ellas:

- a. pobre adherencia al tratamiento
- b. sobrecarga de volumen diastólico
- c. interacciones
- d. condiciones asociadas (obesidad, tabaquismo, consumo excesivo de alcohol, resistencia a la insulina, pseudoresistencia al tratamiento y pseudohipertensión)

**Manejo:**

una vez probada una buena condición física y mental, así como disminuir la dosis de los fármacos de acuerdo con la tolerancia y sintomatología

En un paciente anciano con fragilidad, se recomienda:

depositar la decisión de terapia antihipertensiva al médico tratante y bajo el monitoreo de los efectos clínicos del tratamiento

En un paciente anciano, se recomiendan:

diuréticos y calcio antagonistas como fármacos de primera línea para la hipertensión arterial sistólica aislada.

**Los beta-bloqueadores**

no se utilizan como agentes de primera línea en pacientes jóvenes particularmente, aquellos con intolerancia o contraindicación a IECA y ARA II, y en mujeres de edad fértil o pacientes con evidencia de aumento de la actividad simpática.

Se demostró que el uso de betabloqueadores se asoció con un alto riesgo de eventos cerebrovasculares (16%)

Se recomienda dar tratamiento farmacológico en pacientes con:

HAS, con RCV alto por DOB, Diabetes Mellitus (DM), Enfermedad Cardiovascular (ECV) o Enfermedad Renal Crónica (ERC).