



Universidad del sureste
Campus Tuxtla Gutiérrez, Chiapas
Escuela de Medicina Humana



Título del trabajo:

Resumen Hipertensión arterial sistémica

Unidad I

**Nombre de la asignatura: Clínicas medicas
complementarias**

**Nombre del alumno:
Karla Zahori Bonilla Aguilar**

Semestre y grupo: 7° Semestre Grupo "A"

Nombre del profesor: Dr. Ricardo Acuña De Saz

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas a 27 de Agosto de 2020.

Tanto la elevación de la presión sistólica (PAS) como la de la diastólica (PAD) muestran una relación continua con el riesgo cardiovascular de ictus, de enfermedad coronaria, insuficiencia cardíaca, insuficiencia renal y enfermedad arterial periférica, la Organización Mundial de la Salud ha citado a la HTA como la primera causa de muerte en el mundo.

Definición

Por consenso, se define HTA en el adulto como la presencia de PAS superior a 140 mmHg (HTA sistólica) y/o de PAD mayor de 90 mmHg (HTA diastólica).

- ✚ La HTA sistólica aislada, propia del anciano se caracteriza por cifras superiores a 140 mmHg de sistólica e inferiores a 90 mmHg de diastólica.
- ✚ La HTA en fase maligna define a pacientes con cifras muy elevadas de PA (generalmente PAD superior a 140 mmHg) que se acompaña de lesión vascular grave, especialmente edema de papila en el fondo de ojo.
- ✚ El término HTA en fase acelerada se emplea para pacientes que no llegan a tener edema de papila pero sí otros datos de daño vascular grave, como hemorragias o exudados retinianos.
- ✚ Las crisis hipertensivas son elevaciones de la PAS superiores a 180 mmHg y/o PAD mayores de 110-120 mmHg. Pueden provocar compromiso orgánico agudo grave.

Se denomina hipertensión resistente o refractaria a la que no consigue reducir las cifras a niveles deseados a pesar de cambios del estilo de vida y al menos tres fármacos (incluido un diurético).

Etiología

En la mayoría de los casos (más del 90%) la causa de la hipertensión arterial es desconocida y se denomina HTA esencial, primaria o idiopática. Suele aparecer entre la adolescencia (más a partir de los 30 años) y los 50 años. En este caso, la



elevación de PA se produce, sobre todo, por aumento de las resistencias periféricas secundario a vasoconstricción, aunque inicialmente parece jugar un papel importante una elevación del gasto cardíaco.

Factores ambientales:

- ✚ Consumo elevado de sal en la dieta (contenido de sodio y cloro).
- ✚ Bajo contenido de potasio, calcio y magnesio en la dieta, niveles bajos de vitamina D, un elevado consumo de alcohol, dieta con bajo contenido en ácidos grasos poliinsaturados,
- ✚ obesidad, el estrés, el sedentarismo, los niveles elevados de renina o la hiperactividad del sistema simpático, etc.

Las principales enfermedades causantes de HTA secundaria:

- ✚ causas renales, endocrinológicas, neurológicas, cardiovasculares y farmacológicas.

Repercusiones orgánicas de la hipertensión arterial (por lesión de órganos Diana) :

Cardiovasculares: causado hipertrofia e hiperplasia de células musculares lisas y aumento de la producción de tejido colágeno y elastina.

La HTA representa un aumento de la poscarga cardíaca. El mecanismo de compensación que utiliza el corazón es una hipertrofia concéntrica de la pared ventricular izquierda. La hipertrofia de la pared ventricular incrementa las demandas miocárdicas de oxígeno, lo que junto al aumento de incidencia de lesiones coronarias (por tratarse la HTA de un factor de riesgo para la arteriosclerosis), favorecen que la hipertensión arterial pueda provocar isquemia miocárdica.

Repercusiones sobre el SNC

La HTA puede producir síntomas inespecíficos (cefaleas occipitales matutinas, inestabilidad, vértigo, acúfenos, alteraciones visuales o incluso síncope). Las alteraciones en la visión pueden ser un síntoma precoz de HTA maligna. Consecuencias neurológicas más graves son los accidentes cerebrovasculares y la encefalopatía hipertensiva. (De tipo hemorrágico o isquémico). Repercusiones sobre la retina HTA produce alteraciones sobre los vasos retinianos, que se clasifica en cuatro grados (Keith-Wagene Barker). Los efectos renales: la HTA puede ocasionar nefroangioesclerosis por arteriosclerosis en las arteriolas aferente y eferente y de los glomérulos, que pueden producir alteraciones funcionales, como disminución de la filtración glomerular con insuficiencia renal, proteinuria, hematuria o incluso disfunción tubular.

Tratamiento

- ✚ Se actúa sobre los factores de riesgo predisponentes e intentar alcanzar unas cifras de PA por debajo de los niveles objetivo.
- ✚ En general, este es mantener la PA en valores inferiores a 140/90 mmHg, siendo menor de 130/80 mmHg para pacientes de muy alto riesgo (diabéticos, disfunción renal, proteinuria, ictus o infarto de miocardio previo).
- ✚ se prefieren fármacos de vida media larga y administración única diaria a fin de mejorar el cumplimiento terapéutico.
- ✚ Cuando es secundaria a una etiología identificada el Tx será según el origen según la enfermedad si es posible.

- ✚ El Tx incluye medidas generales (higienico-dieteticas) y o en todos los casos Un Tx farmacológico.
- ✚ Antes de elegir el fármaco antihipertensivo, hay que valorar la comorbilidad del paciente.

Medidas generales

Restricción en la ingesta de sal a cifras menores a 5g día o incluso menos, abandono del hábito del tabaco, estabilización de peso, disminución en la ingesta de alcohol, dieta y ejercicio físico. (Cuidar el tiempo de toma de AINES por la retención de sodio).

Tratamiento farmacológico

- ✚ Fármacos de primera línea; cinco grupos de fármacos bloqueantes, tiazidas, calcioantagonistas, IECA y ARA II.

En caso de riesgo cardiovascular alto será preferible iniciar una combinación de fármacos para conseguir el objetivo más rápidamente; si no se alcanzan los objetivos se irá aumentando la dosis o el número de fármacos hasta conseguirlo.

Los IECA son de elección en presencia de diabetes mellitus, hipertensión renovascular, nefropatía diabética o de otro origen, disfunción sistólica ventricular o insuficiencia valvular grave, antecedente de infarto de miocardio o riesgo alto de desarrollar diabetes.

Los B-bloqueantes se prefieren en pacientes coronarios, con fibrilación auricular rápida u otras taquiarritmias, hipertiroidismo, insuficiencia cardíaca, a veces en la migraña o si hay temblor esencial.

No parecen la mejor opción en caso de alto riesgo de desarrollar diabetes (síndrome metabólico);

Los B-bloqueantes se prefieren en pacientes coronarios, con fibrilación auricular rápida u otras taquiarritmias, hipertiroidismo, insuficiencia cardíaca, a veces en la migraña o si hay temblor esencial.

Los calcioantagonistas se prefieren en casos de HTA sistólica aislada del anciano, angina de pecho con contraindicación para B-bloqueantes, fibrilación auricular rápida o a veces en pacientes migrañosos.

En el embarazo se prefiere la ametildopa.

En el feocromocitoma, los a-bloqueantes. En la hipertrofia benigna de próstata, a-bloqueantes (aunque pueden ser menos seguros que otros antihipertensivos en monoterapia).

Principio activo	Dosis recomendada	Presentación	Tiempo (periodo de uso)
Hidroclorotiazida	12,5-100 mg/día	Tabletas 25 mg	Indefinido
Clortalidona	25-100 mg/día	Tabletas 50 mg	Indefinido
Captopril	50-150 mg/día	Tabletas 25 mg	Indefinido
Enalapril	10-60 mg/día	Tabletas 10 mg	Indefinido
Nifedipino	30-60 mg/día	Tabletas 30 mg	Indefinido
Vasilato de amlodipino	5-10 mg/día	Tabletas 5 mg	Indefinido
Verapamilo	80-480 mg/día	Tabletas 80 mg	Indefinido
Clorhidrato de propranolol	20-240 mg/día	Tabletas 10 y 40 mg	Indefinido
Tartrato de metoprolol	50-300 mg/día	Tabletas 100 mg	Indefinido
Clorhidrato de prazosina	1-6 mg/día	Tabletas 2 mg	Indefinido
Losartán potásico	50-200 mg/día	Tabletas 50 mg	Indefinido
Felodipino	5-10 mg/día	Tabletas 5 mg	Indefinido
Hidralazina	50-100 mg/día	Tabletas 50 mg	Indefinido
Ácido acetilsalicílico	150 mg/día	Tabletas efervescentes 300 mg	Indefinido

Tabla 5. Fármacos indicados en el tratamiento de la HTA sistémica

En pacientes de raza negra, diuréticos y calcioantagonistas parecen ofrecer más protección que los otros grupos farmacológicos.

(Tabla obtenida de la bibliografía de base con dosis indicadas en el Tx).

Bibliografía

Grupo CTO. (3ED). Manual CTO de medicina y cirugía México: CTO