

27 DE AGOSTO 2020

CLINICAS MÉDICAS COMPLEMENTARIA

RESUMEN CAPITULO 26
HIPERTENSION ARTERIAL

MEDICINA HUMANA

SEPTIMO SEMESTE

DR. RICARDO AGUÑA DE SAZ

**ITZEL JAQUELINE RAMOS
MATAMBU**

**SAN CRISTOBAL DE LAS CAS
CHIAPAS**

26.1. Hipertensión arterial

La hipertensión arterial (HTA) es uno de los problemas de salud más importantes, pues tiene una prevalencia en torno al 20% de la población (variable en diferentes regiones del mundo), una incidencia que permanece estable, y constituye uno de los factores primordiales de riesgo para las enfermedades cardiovasculares, que son la principal causa de muerte en los países desarrollados. La presión arterial sistólica es la que marca el manómetro cuando acontece el primer ruido de Korotkoff (cuando empieza a oírse el latido), y la diastólica el cuarto (cuando deja de oírse) mientras se realiza su desinflado. 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). No obstante, este punto de corte es arbitrario pues Es prioritario detectar el nivel de riesgo total del paciente y no sólo la medida de la PA para valorar la actuación terapéutica idónea (esto se realiza mediante tablas de estimación del riesgo cardiovascular, como el índice de Framingham o el Euroscore En la clasificación estadounidense del Joint National Committee 8 se fusionan la normal y la normal-alta denominándolas prehipertensión, dado el mayor riesgo de desarrollar HTA en los años siguientes en esos pacientes (aunque es mayor cuanto más se aproxima a 140/90 mmHg). La HTA sistólica aislada, propia del anciano se caracteriza por cifras superiores a 140 mmHg de sistólica e inferiores a 90 mmHg de diastólica y también se correlaciona con la morbimortalidad 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. Aunque su causa más frecuente es la hipertensión arterial esencial no tratada, hay que estudiar minuciosamente las causas secundarias de HTA. El término HTA en fase acelerada sse emplea para pacientes que no llegan a tener edema de papila pero sí otros datos de daño vascular grave, como hemorragias o exudados retinianos. La emergencia hipertensiva describe la elevación de la presión arterial que se acompaña de lesión aguda grave de órganos diana que amenaza la vida del paciente (encefalopatía, síndrome coronario agudo, insuficiencia cardíaca aguda, disección aórtica, accidente cerebrovascular isquémico o hemorrágico, crisis de feocromocitoma,

drogas como cocaína, anfetaminas o éxtasis, eclampsia o hipertensión perioperatoria). 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 (emergencia hipertensiva) o limitado (urgencia hipertensiva). Si el compromiso orgánico es mínimo o está ausente es preferible reducir las cifras de PA a lo largo de unas 24 horas. 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). Puede suponer hasta el 15% de los pacientes y las causas principales son el inadecuado cumplimiento de medidas higiénico-dietéticas, el empleo de sustancias hipertensoras (regaliz, AINE, esteroides, cocaína, etc.), apnea del sueño, causa secundaria no sospechada, lesión irreversible de órganos diana o sobrecarga de volumen (ingesta de sodio, dosis insuficiente de diuréticos, insuficiencia renal progresiva o hiperaldosteronismo). No es obligatorio realizar una ecocardiografía a todos los hipertensos. Debe estar incluido un fármaco diurético para considerarse hipertensión resistente o refractaria.

La HTA de "bata blanca" o hipertensión aislada en la clínica define pacientes con medidas normales de PA fuera de la consulta médica (determinada mediante MAPA, véase más adelante) y, sin embargo, con cifras elevadas persistentemente en la consulta. Afecta al 1 S% de la población. Supone un riesgo de lesión de órganos diana menor que la verdadera hipertensión arterial, por lo que requiere seguimiento estrecho e incluso considerar la administración de tratamiento si el riesgo vascular es alto o hay indicio de lesión de órganos diana (las medidas normales en consulta pero elevadas ambulatorias), es igual de prevalente que la aislada en la clínica y se asocia con frecuencia a lesión de algún órgano diana por lo que precisa una actitud similar a la de la HTA. La HTA de ejercicio se caracteriza por PA normal en reposo pero con un incremento excesivo durante el esfuerzo (PAS superior 230 mmHg), y podría asociarse un mayor riesgo de desarrollar lesión de órganos diana en pacientes que sufren HTA leve o PA normal-alta. El diagnóstico de HTA precisa de varias medidas elevadas en varios días, salvo casos extremos. Se debe considerar la posibilidad de que se trate de una "pseudohipertensión",

típica de pacientes que padecen aterosclerosis, que es una falsa elevación de la cifra de la PA producida por una arteria braquial rígida que se comprime con dificultad por el manguito; esta se sospecha por el signo de Osler (palpación de la arteria radial después de la desaparición del pulso al inflar el manguito).

La determinación de la presión arterial ambulatoria con dispositivos automáticos (MAPA) que realizan múltiples medidas a lo largo del día puede ser de utilidad en determinados pacientes, por ejemplo para valorar el grado de control de las cifras de PA en los momentos "valle" de acción de los fármacos empleados, para el diagnóstico en pacientes con efecto "HTA de bata blanca" o efecto placebo, o para la detección de pacientes non-dippers en los que la curva de caída de la PA durante el sueño está amortiguada y que parecen presentar un mayor riesgo.

Etiología

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. Otros factores ambientales pueden ser el 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, la obesidad, el estrés, el sedentarismo, los niveles elevados de renina o la hiperactividad del sistema simpático. Asimismo existen algunos factores que se asocian a una mayor repercusión orgánica de la HTA, como el tabaquismo, la hipercolesterolemia, la intolerancia hidrogenocarbónica, el sexo masculino, la raza negra, la aparición en edades jóvenes, etc. Las principales enfermedades causantes de HTA secundaria

Causas renales. Son, en su conjunto, la causa más frecuente de HTA secundaria en niños y adultos, e incluyen alteraciones vasculares (HTA renovascular) o parenquimatosas (infartos renales, pielonefritis crónica, glomerulonefritis, poliquistosis renal, tumores productores de renina, etc.). **Causas endocrinológicas.** Anticonceptivos orales, embarazo, hiperaldosteronismo,

síndrome de Cushing, hipertiroidismo, mixedema, feocromocitoma, síndrome carcinoide, acromegalia, hipercalcemias (hiperparatiroidismo),

Causas neurológicas. Psicógena, hipertensión intracraneal, síndrome diencefálico, disautonomía familiar (síndrome de Riley-Day), síndromes de sección medular, polineuritis, apnea/hipopnea del sueño, etc.

Causas cardiovasculares. Arteriosclerosis de las grandes arterias, coartación de aorta, insuficiencia aórtica, persistencia del conducto arterioso, fístulas arteriovenosas, y otras causas de aumento de volumen sistólico, como la fiebre y la anemia. Para decidir si iniciar tratamiento farmacológico no solo hay que fijarse en las cifras de PA, sino en el riesgo cardiovascular global, de manera que en pacientes de riesgo vascular muy elevado se recomienda iniciar los fármacos incluso con valores de PA por debajo de 140/90 mmHg (por ejemplo, en individuos diabéticos con valores por encima de 130/85 mmHg, o en pacientes con enfermedad cardiovascular o renal establecida, con cifras superiores a 120/80 mmHg

TRATAMIENTO

Calcioantagonistas: dihidropiridinas, verapamilo o diltiazem.

Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA): captopril, enalapril, lisinopril, quinapril, trandolapril, ramipril,

Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA): captopril, enalapril, lisinopril, quinapril, trandolapril, ramipril, .

Vasodilatadores arteriales directos: hidralacina, diazóxido, nitroprusiato (útiles en las crisis hipertensivas graves), minoxidil (que también se emplea localmente para la caída del cabello).

Bloqueadores de receptores adrenérgicos periféricos: bloqueantes (propranolol, atenolol, metoprolol, bisoprolol, etc.), α -bloqueantes (fentolamina, fenoxibenzamina, prazosina, doxazosina . . .) y α - β -bloqueantes (carvedilol y labetalol).

Otros antiadrenérgicos: antiadrenérgicos de acción central (clonidina, guanabenzina, guanfacina, metildopa), bloqueantes posganglionares (reserpina, guanetidina) o bloqueantes ganglionares (trimetafán)

Diuréticos: tiazidas (clortalidona, hidroclorotiazida, etc.), diuréticos de asa (furosemida, torasemida, etc.) o diuréticos ahorradores de potasio (espironolactona, triamtereno y amilorida).

Antagonistas del receptor AT1 de la angiotensina 11 (ARA 11): losartán, candesartán, irbesartán, valsartán, etc., cuyo efecto es similar al de los IECA, pero con escaso riesgo de provocar tos o angioedema.

Aliskiren es un nuevo fármaco que actúa inhibiendo la renina en su punto de activación y que ha demostrado reducir eficazmente las cifras de PA solo o asociado a una tiazida y podría poseer propiedades antiproteinúricas, aunque no parece aportar beneficio adicional al de los IECA o los ARA 11.

Los únicos fármacos que han demostrado reducir la mortalidad frente a placebo con mejoría en la supervivencia en la HTA son los bloqueantes y los diuréticos tiazídicos

En el tratamiento de la HTA del feocromocitoma suelen utilizarse los B-bloqueantes (fentolamina y fenoxibenzamina). Estos pueden ser útiles en el tratamiento de pacientes con dislipidemia incontrolable o con hiperplasia de próstata, aunque estudios recientes muestran que pueden asociarse a un incremento en el riesgo de insuficiencia cardíaca, respecto a otros grupos farmacológicos, por lo que no se consideran fármacos de primera línea. En pacientes de raza negra los calcioantagonistas y los diuréticos parecen ejercer más protección que los otros tres grupos de primera línea. En la hipertensión sistólica aislada del anciano son de elección los calcioantagonistas o las tiazidas, aunque pueden emplearse el resto de fármacos de primera línea, evitando descensos demasiado bruscos de la PA y vigilando la hipotensión ortostática, con objetivos similares al resto de hipertensos.

BIBLIOGRAFIA

MANUAL CTO DE MEDICINA Y CIRUGIA, CARDIOLOGÍA, “HIPERTENSION ARTERIAL”, EDITORIAL CTO, 3RA EDICIÓN.