



**Universidad del Sureste**  
**Licenciatura en Medicina Humana**

**Nombre del alumno: Emanuel de Jesús Andrade Morales**

**Nombre del profesor: Rodrigo Pacheco Ballinas**

**PASIÓN POR EDUCAR**

**Nombre del trabajo: Investigación**

**Materia: Terapéutica farmacológica**

**Grado: 4°**

**Grupo: "A"**

Comitán de Domínguez Chiapas a 27 de junio del 2021.

La hipertensión arterial (HTA) es un síndrome caracterizado por elevación de la presión arterial (PA) y sus consecuencias. Sólo en un 5% de casos se encuentra una causa (HTA secundaria); en el resto, no se puede demostrar una etiología (HTA primaria); pero se cree, cada día más, que son varios procesos aún no identificados, y con base genética, los que dan lugar a elevación de la PA. La HTA es un factor de riesgo muy importante para el desarrollo futuro de enfermedad vascular (enfermedad cerebrovascular, cardiopatía coronaria, insuficiencia cardíaca o renal).

Las evidencias demuestran que la mayoría de los pacientes hipertensos van a necesitar por lo menos 2 fármacos para lograr los objetivos de PA. Esto se debe a que la HTA es una enfermedad sistémica multifactorial, en la que están implicadas varias vías neuroendocrinas. En consecuencia, la inhibición de sólo una de ellas resulta habitualmente insuficiente, mientras que la combinación de antihipertensivos con mecanismos de acción diferentes ha demostrado una mayor eficacia en el tratamiento del paciente hipertenso.

Para la mayoría de las personas con HTA no se trata de decidir cuál es el mejor antihipertensivo, sino cuál es la mejor combinación de fármacos. Las ventajas se basan en una mayor eficacia como consecuencia de la combinación de diferentes mecanismos de acción, a veces aditivos y otras sinérgicos, así como una menor incidencia de efectos adversos, en unas ocasiones porque es necesaria una menor dosis de fármaco y en otras porque se ponen en marcha mecanismos compensatorios.

Además, las combinaciones fijas frente a las libres mejoran el cumplimiento terapéutico, lo que podría facilitar la consecución de objetivos a largo plazo.

Las guías recomiendan como combinaciones preferentes las de un bloqueante del sistema renina-angiotensina (SRAA), IECA o ARA II, con un diurético tiazídico o con un calcioantagonista. Aunque otras combinaciones pueden ofrecer también algunas ventajas en determinadas situaciones clínicas.

En cuanto a la elección de un IECA o un ARA II, ambos tratamientos ofrecieron unos resultados clínicos similares en morbimortalidad cardiovascular, los pacientes

tratados con el ARA II tuvieron una mayor persistencia en el tratamiento, debido al mejor perfil de tolerabilidad de esta familia, lo que sin duda aporta un valor clínico añadido.

Fisiológicamente el SRAA juega un papel clave en la regulación tanto del volumen sanguíneo como de las resistencias vasculares sistémicas. Pero la activación excesiva de este sistema produce efectos deletéreos a lo largo de todo el continuo cardiovascular. En consecuencia, su inhibición mediante IECA o ARA II va a tener efectos beneficiosos a nivel cardiovascular en el paciente hipertenso.

Los calcioantagonistas son potentes vasodilatadores que inducen una activación refleja tanto del sistema nervioso simpático como del SRAA, produciendo un aumento de angiotensina II y un balance negativo de sodio, por lo que al añadir un inhibidor del SRAA aumenta más el efecto antihipertensivo de éstos últimos.

Por otra parte, la combinación de calcioantagonistas con inhibidores del SRAA no sólo tiene una eficacia antihipertensiva mayor que cualquiera de las monoterapias, sino que además la incidencia de efectos adversos es menor, sobre todo el edema periférico.

Esto se debe a que los calcioantagonistas producen una disminución selectiva del tono precapilar pero no poscapilar, provocando un aumento de la presión intracapilar y secundariamente el edema. En cambio, los inhibidores del SRAA dilatan tanto el lecho vascular arterial como el venoso, lo que en compensa el efecto de los calcioantagonistas y se traduce en una reducción del edema.

Las otras combinaciones especialmente recomendadas son la asociación de un inhibidor del SRAA con un diurético tiazídico. Esta combinación también tiene mecanismos sinérgicos que aumentan su potencia antihipertensiva en mayor medida que sus componentes en monoterapia, con una gran eficacia a lo largo de las 24 horas del día.

El diurético activa el SRAA, lo que hace que la PA sea más dependiente de la angiotensina II, lo que secundariamente aumenta la eficacia antihipertensiva de los inhibidores del SRAA. Por otra parte, los diuréticos tiazídicos, como hidroclorotiazida

(HCTZ), el más utilizado en combinaciones fijas, facilitan la pérdida de potasio por el túbulo distal, sobre todo a altas dosis.

in embargo, los inhibidores del SRAA tienen el efecto contrario sobre el potasio, lo que compensa la acción de HCTZ sobre este ión. Por otra parte, los diuréticos tiazídicos pueden empeorar el perfil metabólico en pacientes predispuestos, efecto que de alguna forma puede ser balanceado por la inhibición del SRAA. Como consecuencia de estos mecanismos, la combinación de un inhibidor del SRAA y un diurético tiazídico ha demostrado ser una opción terapéutica eficaz y segura en el tratamiento de la HTA.

### **Dieta Dash**

DASH, por sus siglas en inglés, significa *Enfoques alimenticios para Detener la Hipertensión*. El plan alimenticio DASH le ayuda a:

- Disminuir el sodio (sal) de su dieta. La dieta DASH estándar permite el consumo de hasta 2300 miligramos (mg) de sodio al día. Una dieta DASH baja en sodio requiere menos de 1500 mg de sodio al día.
- Siga una dieta saludable en general, rica en productos integrales, frutas y verduras, productos lácteos sin grasa o bajos en grasa, pescados y aves, frijoles, semillas y frutos secos.

El plan alimenticio DASH (página 3) sugiere cierta cantidad de porciones diarias de varios grupos alimenticios basándose en su consumo de calorías. Las calorías recomendadas se basan en su sexo, edad y nivel de actividad (consulte la tabla a continuación). Si desea bajar de peso, tendrá que ingerir menos calorías al día, aumentar su nivel de actividad física o hacer ambas cosas.

Consejos generales:

- Evitar los alimentos con alto contenido de sodio. Los alimentos precocidos que vienen en latas, cajas y bolsas por lo general tienen alto contenido de

sodio, al igual que los alimentos que provienen de fiambres, como jamón, salami, ensalada de papas y encurtidos.

- Leer cuidadosamente las etiquetas de los alimentos. Los alimentos con más del 20% del Valor diario se consideran “altos en sodio”. Controle el tamaño de la porción. En esto se basan la información nutricional.
- Realizar los cambios gradualmente. Por ejemplo, añada una porción de verduras al almuerzo y la cena. Añada una porción de fruta a las comidas o como bocadillo. Use la mitad de la cantidad usual de mantequilla o de aderezo de ensaladas.

## **Bibliografías**

*mayoclinic.* (08 de Mayo de 2019). <https://www.mayoclinic.org/>. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/healthy-lifestyle/nutrition-and-healthy-eating/in-depth/dash-diet/art-20048456>

*Silvana Maria Coelho Leite, P. C.* (Enero de 2017). <https://scielo.isciii.es/>. Obtenido de <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n45/1695-6141-eg-16-45-00020.pdf>