

**“HIPERTENSIÓN ARTERIAL SISTEMA”**

**DOCENTE: RICARDO ACUÑA DE SAZ.**

**MATERIA: CLÍNICAS MÉDICAS  
COMPLEMENTARIAS.**

**ALUMNO: MIGUEL VELASQUEZ CELAYA.**

**TUXTLA GUTIÉRREZ CHIAPAS.**

## HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA.

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.

Muestran una relación continua con el riesgo cardiovascular de:

- Ictus.
- Enfermedad coronaria.
- Insuficiencia cardíaca.
- Insuficiencia renal.
- Enfermedad arterial periférica.

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 (emergencia hipertensiva) o limitado (urgencia hipertensiva).

La **HTA de "bata blanca" o hipertensión aislada en la clínica** define pacientes con medidas normales de PA fuera de la consulta médica.

La **HTA enmascarada o HTA ambulatoria aislada** es el fenómeno contrario (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.

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).

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.

Constituye un conjunto de distintas alteraciones en las que se incluyen factores hereditarios (herencia poligénica) y ambientales.

Dentro de los factores ambientales destaca el consumo elevado de sal en la dieta, relacionado no sólo con el contenido en sodio, sino también con el de cloro (no obstante, no todos los hipertensos esenciales son sensibles a la sal).

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.

Existen algunos factores que se asocian a una mayor repercusión orgánica de la HTA, como el tabaquismo, la hipercolesterolemia, la intolerancia hidrocarbonada, el sexo masculino, la raza negra, la aparición en edades jóvenes.

## **REPERCUSIONES ORGÁNICAS DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL.**

La mayoría de los pacientes hipertensos no presentan síntomas secundarios a la HTA.

No obstante, cuando estos aparecen, suelen ser secundarios a lesión de órganos diana.

### **Repercusiones cardiovasculares.**

La HTA puede ocasionar hipertrofia e hiperplasia de las células musculares lisas y un aumento de la producción de tejido colágeno y elastina.

Todo ello produce un aumento del grosor de la pared arterial con una disminución de la distensibilidad y de la luz de la arteria (y, a su vez, un aumento de las resistencias periféricas).

### **Repercusiones sobre el sistema nervioso central.**

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.

Otras consecuencias neurológicas más graves son los accidentes cerebrovasculares y la encefalopatía hipertensiva; de hecho, la HTA parece guardar una relación más estrecha con los accidentes cerebrovasculares que con la cardiopatía.

### **Medidas generales.**

El aspecto más importante de la dieta de un individuo hipertenso es la restricción de la ingesta de sal a cifras inferiores a 5 g al día o incluso menos, pues además de ayudar a controlar la PA (disminuye de promedio unos 5 mmHg), incrementa el efecto hipotensor de los fármacos.

Una de las situaciones más frecuentes de refractariedad del control de las cifras de presión arterial con fármacos es la ingesta de sal.

Otras indicaciones a tener en cuenta son el abandono del hábito del tabaco, reducción y estabilización del peso en caso de sobrepeso, disminución de la ingesta de alcohol, modificar la dieta (aumentar el consumo de frutas, verduras y pescado, y reducir las grasas totales, saturadas y colesterol), así como la realización de ejercicio físico aeróbico de intensidad moderada de forma regular (por ejemplo 30 minutos diarios), pues este tipo de ejercicio (no el isométrico intensivo como las pesas, que pueden incrementarla) ha demostrado reducir la PA sistólica y diastólica unos 2-3 mmHg.

No obstante, la dificultad para mantener estas medidas a largo plazo, y el hecho de que no hayan demostrado prevenir las complicaciones cardiovasculares hace que no deban retrasar la decisión de iniciar tratamiento farmacológico cuando esté indicado, sobre todo en pacientes de riesgo alto.

### **Tratamiento farmacológico.**

Paradecidirsiiiniciartratamientofarmacológiconosolohayquefijarseen 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).

## Bibliografía.

Manual CTO de Medicina y Cirugía. 3ª Edición. Grupo CTO editorial.