

**UNIVERSIDAD DEL SURESTE**

ASIGNATURA: CLINICAS MEDICAS COMPLEMENTARIAS.

DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ.

SEPTIMO SEMESTRE.

ALUMNA: YESSICA LIZBETH SANCHEZ SANTIZ.

TEMA: HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA.

PRIMER PARCIAL.

MEDICINA HUMANA.

## HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA

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. 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. En personas ancianas la presión de pulso (sistólica menos diastólica) también guarda estrecha relación con la enfermedad cardiovascular. Por otra parte, sobre todo por el incremento de la obesidad, el sedentarismo y la alimentación inadecuada, está aumentando la prevalencia de HTA infantil y juvenil. Por todo ello la Organización Mundial de la Salud ha citado a la HTA como la primera causa de muerte en el mundo.

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). No obstante, este punto de corte es arbitrario pues existe relación con el riesgo cardiovascular desde valores más bajos, especialmente en pacientes de alto riesgo cardiovascular.

En la clasificación estadounidense del Joint National Committee 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). Los grados 1, 2 y 3 corresponden a la calificación leve, moderada y grave respectivamente. En pediatría se habla de hipertensión ante valores de PA superiores al percentil 95%, ajustado a edad y sexo, considerándose prehipertensión a cifras que oscilan entre el percentil 90 y 95. 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. 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. 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). Formalmente hablando, si la elevación de la presión arterial lo que produce es el agravamiento de una lesión previa de órgano diana no se trata de una verdadera emergencia hipertensiva, si bien la actuación debe ser similar. El compromiso orgánico obliga a reducir la presión arterial en menos de una hora, pero hay que evitar reducciones demasiado intensas y rápidas por el riesgo de isquemia cerebral, miocárdica o renal asociada. 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). En estos casos conviene descartar la hipertensión de "bata blanca~ la pseudohipertensión o el empleo de un manguito más pequeño del apropiado. 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. 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. 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. Resulta controvertido si la HTA de ejercicio aislada, por sí misma, supone un mayor riesgo cardiovascular, aunque de serlo, su importancia parece escasa. 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, etc. Así mismo 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, etc. Los niveles plasmáticos de renina en la HTA.

Causantes de HTA secundaria:

- ✓ Renales
- ✓ Endocrinas
- ✓ Neurológicas
- ✓ Cardiovascular
- ✓ Farmacológicas

Fármacos principales para tratar la HTA:

Calcioantagonistas: dihidropiridinas, verapamilo o diltiazem. Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA): captopril, enalapril, lisinopril, quinapril, trandolapril, ramipril, etc. 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.),  $\alpha$ -bloqueantes (fentolamina, fenoxibenzamina, prazosina, doxazosina) y  $\alpha_1$ -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 II (ARA II): 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 II.

Bibliografía: Rafael Salguero Bodes (2017). Manual de Cardiología. Madrid: editorial grupo CTO