



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

“HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA”

**ALUMNA: ALEJANDRA VELASQUEZ
CELAYA**

SEMESTRE: 7º

UNIDAD: 1

DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ

**ASIGNATURA: CLINICAS MEDICAS
COMPLEMENTARIAS**

**TUXTLA GUTIERREZ, CHIAPAS, FEBRERO
2021**

HIPERTENSION ARTERIAL SISTEMICA

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* describe la elevación de la presión arterial que se acompaña de lesión aguda grave de órganos diana que amenaza la vida del paciente

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 y, sin embargo, con cifras elevadas persistentemente en la consulta

La *HTA enmascarada o HTA ambulatoria aislada* es el fenómeno contrario (medidas normales en consulta pero elevadas ambulatorias).

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. 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). 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.

Repercusión sobre la retina

HTA produce alteraciones sobre los vasos retinianos, que se han clasificado en cuatro grados.

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

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

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).

Aspectos importantes

Los estudios complementarios básicos a realizar en todo paciente hipertenso incluyen la analítica de sangre y orina y el electrocardiograma. Otras pruebas como la ecocardiografía, la radiografía de tórax, el índice tobillo-brazo, la ecografía carotídea, o el fondo de ojo se recomiendan en muchos pacientes, así como pruebas específicas para evaluar causas secundarias cuando se sospechen.

El objetivo terapéutico del tratamiento de la hipertensión arterial es disminuir la morbimortalidad del paciente, para lo que se emplea un objetivo operacional encaminado a disminuir la presión arterial a valores inferiores a 140/90 mmHg en general, siendo más bajos (inferiores a 130/80 mmHg) en caso de diabetes o enfermedad renal o cardiovascular establecidas

Bibliografía

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