

**NOMBRE DEL CATEDRATICO: DR. RICARDO ACUÑA DEL SANZ**

**NOMBRE DE LA ALUMNA: LAURA DILERY CRUZ DIAZ**

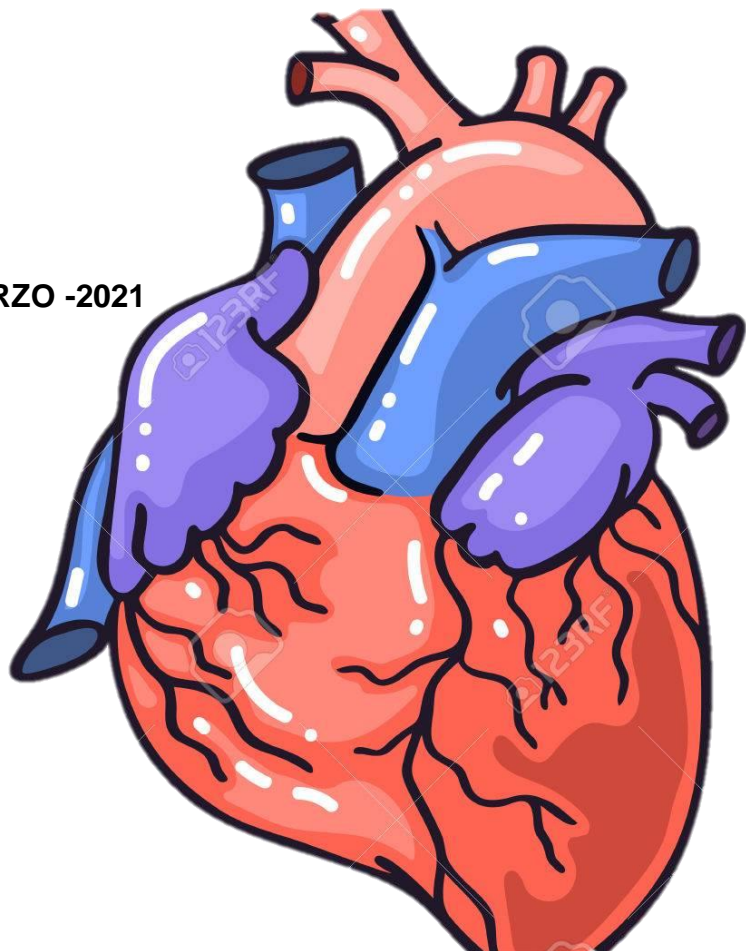
**MATERIA: CLINICAS MEDICAS COMPLEMENTARIAS**

**TEMA: RESUMENES**

**UNIDAD: PRIMERA UNIDAD**

**GRADO Y GRUPO: 7° "A"**

**FECHA DE ENTREGA: 19-MARZO -2021**



## 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. 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.

### DEFINICIONES

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. 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). 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. Aunque su causa más frecuente es la hipertensión arterial esencial no tratada, hay que estudiar minuciosamente las causas secundarias de HTA. El pronóstico sin tratamiento es de una mortalidad del 50% al año. 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. 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), 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.

#### ETIOLOGIA

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. 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.

Las principales enfermedades causantes de HTA secundaria se exponen a continuación: 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 pro ductores de renina, etc.). Causas endocrinológicas. Anticonceptivos orales, embarazo, hiperaldosteronismo, síndrome de Cushing, hipertiroidismo, mixedema, feocromocitoma, síndrome carcinoide, acromegalia, hipercalcemias (hiperparatiroidismo), etc.

Las principales enfermedades causantes de HTA secundaria se exponen a continuación: 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 pro ductores de renina, etc.). Causas endocrinológicas. Anticonceptivos orales, embarazo, hiperaldosteronismo, síndrome de Cushing, hipertiroidismo, mixedema, feocromocitoma, síndrome carcinoide, acromegalia, hipercalcemias (hiperparatiroidismo), etc.

## REPERCUSIONES ORGANICAS DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

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. 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. Repercusiones sobre la

retina HTA produce alteraciones sobre los vasos retinianos, que se han clasificado en cuatro grados (Keith-Wagene Barker).

## TRATAMIENTO DE LA HIPERTENSIÓN ARTERIAL

El objetivo terapéutico de la HTA es disminuir la morbimortalidad cardiovascular a largo plazo, y para ello se debe actuar sobre los factores de riesgo coexistentes e intentar alcanzar unas cifras de PA por debajo de los niveles objetivo. En general, este es mantener la PA en valores inferiores a 140/90 mmHg, siendo menor de 130/80 mmHg para pacientes de muy alto riesgo (diabéticos, disfunción renal, proteinuria, ictus o infarto de miocardio previo). La hipertensión sistólica aislada del anciano debe recibir una actuación similar a la sistodiastólica

Se aceptan como fármacos de primera línea en el tratamiento de la HTA, cinco grupos farmacológicos: bloqueantes, tiazidas, calcioantagonistas, IECA y ARA II.

Los principales grupos farmacológicos disponibles para tratar la HTA son: Calcioantagonistas: dihidropiridinas, verapamilo o diltiazem, Inhibidores de la enzima convertora de angiotensina (IECA): captopril, enalapril, lisinopril, quinapril, trandolapril, ramipril, etc. Inhibidores de la enzima convertora 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  $\alpha$ --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.

Grupo CTO. (2017). Cardiología CTO. 2021, de BOOKMEDICOS.ORG Sitio web:  
[https://www.dropbox.com/sh/9odkyyadmdfegdr/AABCAC\\_asdjHgrsY0ZHctk\\_pma?dl=0](https://www.dropbox.com/sh/9odkyyadmdfegdr/AABCAC_asdjHgrsY0ZHctk_pma?dl=0)