



UNIVERSIDAD DEL SURESTE

PRIMERA UNIDAD

ASIGNATURA: CLINICAS MEDICAS COMPLEMENTARIAS

GRADO: 7

GRUPO: A

DR. RICARDO ACUÑA DEL SAZ

ALUMNO: RAUL GIBRAN GALLEGOS MERLIN

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. 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.

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. 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.

Tanto la elevación de la presión arterial sistólica como de la diastólica se relacionan con la enfermedad cardiovascular, y en pacientes ancianos también parece que la presión del pulso sistólica menos diastólica, también guarda relación con estas enfermedades. La medida correcta de la presión arterial se basa en la auscultación de los ruidos de Korotkoff. La pseudohipertensión que aparece en la aterosclerosis se puede sospechar ante la palpación de la arteria radial con el manguito inflado con el signo de Osler.

La causa más frecuente de hipertensión arterial es la esencial tradicionalmente de inicio entre 30 y 50 años, aunque con tendencia a aparecer en individuos más jóvenes, incluso adolescentes. En individuos jóvenes hay que descartar causas secundarias como la coartación de aorta, y en ancianos conviene descartar otras etiologías como la aterosclerosis renal. La causa más frecuente de hipertensión arterial secundaria es la de origen renal vascular o parenquimatoso. Los riñones intervienen como víctima sufren la nefroangioesclerosis y verdugo están implicados en la patogenia en la hipertensión arterial esencial.

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. Los principales órganos "diana" donde la hipertensión arterial produce daño orgánico son el sistema nervioso central típicamente accidentes vasculares cerebrales, el corazón hipertrofia, isquemia miocárdica o arritmias, los riñones insuficiencia renal por nefroangioesclerosis y la retina.

La cardiopatía hipertensiva suele presentar hipertrofia ventricular y fallo predominantemente diastólico, aunque en fases avanzadas en casos de hipertensión arterial grave puede originar dilatación y disfunción sistólica ventricular, remediando una cardiomiopatía dilatada. La fibrilación auricular es la arritmia que más se relaciona con la hipertensión arterial, por aumento retrógrado de presiones izquierdas. Además, la hipertensión arterial es un factor de riesgo embólico en la fibrilación auricular.

Cuando existe enfermedad cardiovascular o renal establecida se recomienda tratamiento farmacológico con cifras por encima de 120/80 mmHg, y en pacientes diabéticos por encima de 130/85 mmHg. 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.

Los únicos fármacos que han demostrado estadísticamente frente a placebo disminuir la morbimortalidad son diuréticos y B-bloqueantes. Los fármacos más modernos no lo han hecho por no ser ético diseñar nuevos estudios contra placebo. Los IECA son de elección en presencia de diabetes mellitus, hipertensión renovascular, nefropatía diabética o de otro origen, disfunción sistólica ventricular o insuficiencia valvular grave, antecedente de infarto de miocardio o riesgo alto de desarrollar

diabetes. La alternativa en caso de tos o angioedema por IECA son los ARA II, que son útiles cuando hay hipertrofia ventricular importante. Los B-bloqueantes se prefieren en pacientes coronarios, con fibrilación auricular rápida u otras taquiarritmias, hipertiroidismo, insuficiencia cardíaca, a veces en la migraña o si hay temblor esencial. Los calcioantagonistas se prefieren en casos de HTA sistólica aislada del anciano, angina de pecho con contraindicación para B-bloqueantes, fibrilación auricular rápida o a veces en pacientes migrañosos.

En el embarazo se prefiere la α -metildopa. En el feocromocitoma, los B-bloqueantes y en la hipertrofia benigna de próstata, B-bloqueantes aunque pueden ser menos seguros que otros antihipertensivos en monoterapia. En pacientes de raza negra, diuréticos y calcioantagonistas parecen ofrecer más protección que los otros grupos farmacológicos. En las emergencias hipertensivas, es recomendable no disminuir las cifras de presión arterial demasiado intensamente, y se emplean potentes antihipertensivos intravenosos como nitroprusiato, labetalol o urapidil.

Los IECA son de elección en presencia de diabetes mellitus, hipertensión renovascular, nefropatía diabética o de otro origen, disfunción sistólica ventricular o insuficiencia valvular grave, antecedente de infarto de miocardio o riesgo alto de desarrollar diabetes. La alternativa en caso de tos o angioedema por IECA son los ARA II, que son útiles cuando hay hipertrofia ventricular importante.

En pacientes de raza negra los calcioantagonistas y los diuréticos parecen ejercer más protección que los otros tres grupos de primera línea. En la hipertensión sistólica aislada del anciano son de elección los calcioantagonistas o las tiazidas, aunque pueden emplearse el resto de fármacos de primera línea, evitando descensos demasiado bruscos de la PA y vigilando la hipotensión ortostática, con objetivos similares al resto de hipertensos. 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 y 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

Bibliografía

Ramirez, M. L. (2017). *Manual CTO de medicina y Cirugia*. Mexico: CTO.