

CAP. 26 HIPERTENSIÓN ARTERIAL



CLINICAS MEDICAS COMPLEMENTARIAS

DOCENTE: DR. RICARDO ACUÑA

ALUMNA: NIDIA GABRIELA VALDEZ CALDERON

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.

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).

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 **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 **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.

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.

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. 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.

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 productores de renina, etc.). La estenosis vascular renal puede deberse a aterosclerosis de las arterias renales (más frecuente a edades avanzadas, sobre todo en varones) o a displasia fibromuscular (más común en mujeres jóvenes).

Causas endocrinológicas. Anticonceptivos orales, embarazo, hiperaldosteronismo, síndrome de Cushing, hipertiroidismo, mixedema, feocromocitoma, síndrome carcinoide, acromegalia, hipercalcemias (hiperparatiroidismo), etc. La causa endocrinológica más frecuente de HTA secundaria ha sido tradicionalmente el empleo de anticonceptivos orales, sobre todo los más antiguos, de modo que esta fue, Aneu posiblemente durante años, la causa concreta más habitual de HTA secundaria.

Causas neurológicas. Psicógena, hipertensión intracraneal, síndrome diencefálico, disautonomía familiar (síndrome de Riley-Day), síndromes de sección medular, polineuritis, apnea/hipopnea del sueño, etc.

Causas cardiovasculares. Arteriosclerosis de las grandes arterias, coartación de aorta, insuficiencia aórtica, persistencia del conducto arterioso, fístulas arteriovenosas, y otras causas de aumento de volumen sistólico, como la fiebre y la anemia.

Causas farmacológicas. Además de los anticonceptivos orales, también pueden producir HTA la ciclosporina A, el tacrolimus, los esteroides, los antiinflamatorios no esteroideos, los antidepresivos, la eritropoyetina, la cocaína, las anfetaminas, otros simpaticomiméticos, el alcohol, etc.

Los bloqueantes están especialmente indicados cuando hay una hiperactividad cardíaca con taquicardia, si hay enfermedad coronaria asociada, así como en la

insuficiencia cardíaca. Los IECA y los ARA 11 son de elección en la HTA de origen renovascular, aunque están contraindicados cuando la estenosis de la arteria renal es bilateral, o en pacientes monorrenos con estenosis arterial.

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. El tratamiento de la HTA incluye unas medidas generales (medidas higiénico-dietéticas) y, no en todos los casos, un tratamiento farmacológico.

Los principales grupos farmacológicos disponibles para tratar la HTA son:

Calcioantagonistas: dihidropiridinas, verapamilo o diltiazem.

Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA): captopril, enalapril, lisinopril, quinapril, trandolapril, ramipril, etc.

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: β -bloqueantes (propranolol, atenolol, metoprolol, bisoprolol, etc.), α -bloqueantes (fentolamina, fenoxibenzamina, prazosina, doxazosina . . .) y α - β -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

Manual CTO de Medicina y Cirugía». 9ª Edición. Grupo CTO pág. 223-234