

NOMBRE DE ESTUDIANTE:

Adly Candy Vázquez Hernández

DOCENTE:

Dr. Ricardo Acuña Del Saz

MATERIA:

Clínicas Médicas Complementarias

TEMA:

“Hipertensión Arterial”

CARRERA:

Medicina Humana

SEMESTRE:

7°

Tuxtla Gutiérrez, Chiapas

16/09/2021

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). 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). 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 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. 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.

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. 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. Las principales enfermedades causantes de HTA secundaria son causas renales, endocrinológicas, neurológicas, cardiovasculares y farmacológicas.

TRATAMIENTO

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.

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

PRINCIPALES GRUPOS FARMACOLOGICOS DISPONIBLE PARA HTA

- **Calcioantagonistas:** dihidropiridinas, verapamilo o diltiazem.
- **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:** 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 11 (ARA 11):** llosartán, 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

García, R., & Lazcano, G. A. (2011). *Cardiología* (3.a ed.). Mc Graw Hill.