



**Mi Universidad**

*Brayan Emmanuel López Gómez*

*Síntesis*

*Parcial I*

*Cardiología*

*Dr. Alonso Díaz Reyes*

*Medicina Humana*

*Quinto semestre grupo C*

*Fecha: Comitán de Domínguez, Chiapas a 07 de septiembre del 2025*

## **Hipertensión Arterial Sistémica**

La hipertensión arterial sistémica (HTA) es una enfermedad crónica caracterizada por la elevación sostenida de la presión arterial, ya sea sistólica o diastólica, que aumenta de manera significativa el riesgo de desarrollar complicaciones cardiovasculares graves, como infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca y enfermedad renal crónica. Esta condición no se limita a cifras aisladas de presión arterial, sino que representa un marcador de riesgo vascular global, que requiere diagnóstico y tratamiento adecuados para prevenir daño orgánico a largo plazo. La HTA es una enfermedad altamente prevalente, que afecta a más de mil millones de personas en todo el mundo. Su incidencia aumenta con la edad y es más frecuente en poblaciones con hábitos de vida poco saludables y acceso limitado a atención médica. A pesar de la existencia de terapias efectivas, una gran proporción de pacientes permanece sin diagnóstico o con presión arterial mal controlada, lo que representa un desafío para la salud pública debido a la carga de morbilidad y los costos asociados. La identificación temprana y el manejo oportuno son esenciales para reducir la mortalidad y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

La fisiopatología de la HTA es compleja y multifactorial. En la hipertensión esencial o primaria, se combinan factores genéticos, activación del sistema renina-angiotensina-aldosterona, disfunción endotelial, aumento de la resistencia vascular periférica y alteraciones en la regulación del volumen de sodio y agua. Además, la activación del sistema nervioso simpático contribuye al aumento de la presión arterial. En la hipertensión secundaria, la elevación de la presión arterial es consecuencia de una causa identificable, como enfermedad renal crónica, hiperaldosteronismo primario, apneas del sueño, fármacos o trastornos endocrinos. La diferenciación entre hipertensión primaria y secundaria es fundamental, ya que la segunda requiere manejo específico de la causa subyacente.

El diagnóstico de la HTA requiere medición precisa y repetida de la presión arterial. Se recomienda que el paciente esté en reposo durante al menos cinco minutos, sentado y con el brazo apoyado a la altura del corazón, utilizando un manguito de tamaño adecuado. La confirmación del diagnóstico se realiza a través de varias mediciones en diferentes visitas, y cuando es posible, mediante monitoreo ambulatorio de presión arterial (MAPA) o monitoreo domiciliario, lo que permite detectar hipertensión enmascarada y el efecto “bata blanca”. Esta aproximación mejora la exactitud diagnóstica y guía la decisión terapéutica.

El manejo de la HTA combina cambios en el estilo de vida y tratamiento farmacológico. Las intervenciones no farmacológicas son la base del tratamiento e incluyen la reducción de sodio en la dieta, preferiblemente a menos de 2,300 mg por día, siguiendo el patrón dietético DASH, rico en frutas, verduras y bajo en grasas saturadas. La pérdida de peso y el control del índice de masa corporal son fundamentales, ya que incluso reducciones modestas contribuyen a disminuir la presión arterial. La actividad física regular, con al menos 150 minutos por semana de intensidad moderada, junto con la limitación del consumo de alcohol, la cesación del tabaquismo y la adecuada calidad del sueño, también son estrategias efectivas. Estos cambios pueden ser suficientes para normalizar la presión arterial en pacientes con hipertensión leve, posponiendo o evitando la necesidad de fármacos.

Cuando las medidas de estilo de vida no son suficientes o cuando la presión arterial se encuentra significativamente elevada, se inicia tratamiento farmacológico. Las clases de fármacos de primera línea incluyen inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), antagonistas del receptor de angiotensina II (ARA II), calcioantagonistas dihidropiridínicos y diuréticos tiazídicos. La elección del medicamento depende de las características del paciente, comorbilidades, edad, origen étnico y tolerancia a efectos adversos. En muchos casos, la terapia combinada con dos fármacos a dosis bajas es más efectiva para alcanzar los objetivos de presión arterial, especialmente cuando las cifras iniciales están significativamente por encima del objetivo. En hipertensión resistente, se consideran adiciones de diuréticos mineralocorticoides o derivación a especialista, evaluando

siempre causas secundarias. Los objetivos tensionales modernos se han ajustado a partir de evidencias recientes. Ensayos clínicos como SPRINT han demostrado que la presión arterial sistólica por debajo de 130 mmHg reduce la incidencia de eventos cardiovasculares mayores y la mortalidad en muchos pacientes. Sin embargo, un control intensivo puede aumentar el riesgo de efectos adversos, como hipotensión sintomática, síncope o deterioro renal transitorio. Por ello, el objetivo debe individualizarse, considerando edad, fragilidad, comorbilidades y tolerancia al tratamiento.

El control adecuado de la HTA disminuye la incidencia de complicaciones cardiovasculares, incluyendo infarto de miocardio, accidente cerebrovascular, insuficiencia cardíaca y progresión de la enfermedad renal. La prevención secundaria implica no solo el control de la presión arterial, sino también la atención de factores de riesgo asociados, como diabetes, dislipidemia y hábitos de vida poco saludables. La educación del paciente, el seguimiento periódico y la adherencia al tratamiento son factores clave para mantener un buen control tensional y prevenir complicaciones a largo plazo.

Entre los retos actuales en el manejo de la HTA destacan la detección insuficiente, el incumplimiento terapéutico, la desigualdad en el acceso a recursos diagnósticos como el MAPA, y la necesidad de modelos de atención integrados. Las estrategias más recientes incluyen el uso de herramientas de evaluación de riesgo cardiovascular, telemonitorización y protocolos estandarizados que permiten una intervención temprana y eficaz.

## En conclusión

La hipertensión arterial sistémica es una de las principales causas prevenibles de enfermedad cardiovascular y mortalidad, la cual su manejo requiere un enfoque integral que combine la detección precisa, intervenciones de estilo de vida, tratamiento farmacológico individualizado y como el Pacientes lleva estos cuidados en la hipertensión arterial sistémica requiere un enfoque integral que combine prevención, diagnóstico temprano, educación del paciente, intervenciones de estilo de vida y no , solo mediante la implementación de estrategias coordinadas y basadas en evidencia será posible reducir la carga de enfermedad asociada, mejorar la calidad de vida de los pacientes y disminuir las complicaciones cardiovasculares a nivel poblacional, es un tema de gran importancia para la salud hoy en día más de la mitad de la población sufre de hipertensión arterial la cual pone en riesgo a los pacientes, saber más de este tema nos ayudara a ver como tratarla y lidiar con ellas.

## Referencias

1. Whelton, P. K., Carey, R. M., Aronow, W. S., Casey, D. E., Collins, K. J., Dennison Himmelfarb, C., DePalma, S. M., Gidding, S., Jamerson, K. A., Jones, D. W., MacLaughlin, E. J., Muntner, P., Ovbiagele, B., Smith, S. C., Spencer, C. C., Stafford, R. S., Taler, S. J., Thomas, R. J., Williams, K. A., ... Wright, J. T. (2018). *2017 ACC/AHA/AAPA/ABC/ACPM/AGS/APhA/ASH/ASPC/NMA/PCNA guideline for the prevention, detection, evaluation, and management of high blood pressure in adults*. Journal of the American College of Cardiology, 71(19), e127–e248. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2017.11.006>
2. Ettehad, D., Emdin, C. A., Kiran, A., Anderson, S. G., Callender, T., Emberson, J., Chalmers, J., Rodgers, A., & Rahimi, K. (2016). *Blood pressure lowering for prevention of cardiovascular disease and death: A systematic review and meta-analysis*. The Lancet, 387(10022), 957–967. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(15\)01225-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(15)01225-8)
3. Williams, B., Mancia, G., Spiering, W., Agabiti Rosei, E., Azizi, M., Burnier, M., Clement, D. L., Coca, A., de Simone, G., Dominiczak, A., Kahan, T., Mahfoud, F., Redon, J., Ruilope, L. M., Zanchetti, A., & Kerins, M. (2018). *2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension*. European Heart Journal, 39(33), 3021–3104. <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339>

