



HIPERTENSIÓN ARTERIAL: EL ASESINO SILENCIOSO (Educación para Pacientes)

La hipertensión arterial sistémica o presión alta se trata de un aumento anormal de la presión de la sangre en la gran circulación. La presión máxima se denomina presión sistólica, y la presión mínima se denomina presión diastólica. El aumento de la presión puede afectar a la presión máxima, a la presión mínima o a ambas, y estos aumentos pueden ser breves o transitorios, prolongados o permanentes sin tendencia a progresar, o incrementándose poco a poco y muy gradualmente.

La tensión arterial sistémica es la presión de la sangre en el interior de las arterias, y es una de las tantas variables fisiológicas del organismo, con un complejo sistema regulador, verdaderos circuitos anexos independientes interconectados, generando efectos positivos o presores y otros negativos o depresores.

El sistema motor comprende el corazón izquierdo, y la presión resulta de la cantidad de sangre que bombea el corazón por minuto y la resistencia al paso de la misma, igual que en una manguera donde circula agua, si tapamos el extremo libre o abrimos más la canilla la presión aumenta, en cambio si destapamos el extremo parcial o totalmente, o cerramos parcialmente la canilla, la presión disminuye.

Por lo tanto, en condiciones de reposo o basales, el corazón bombea de 5 a 8 litros de sangre por minuto y la presión es de 120/80 mmHg. Pero la presión arterial varía todo el tiempo según las necesidades del organismo. Entonces, si por una simple actividad física o emoción que requiera mayor cantidad de oxígeno o nutrientes en un determinado órgano del cuerpo, y se duplica la cantidad de sangre bombeada por el corazón, la presión aumenta pero no al doble, porque la acción de los mecanismos reguladores dilatan las arterias y arteriolas (vasodilatación) del órgano que requiere más oxígeno y nutrientes, bajando con ello la resistencia al paso de la sangre. Por ejemplo, si pasamos del reposo a un estrés emocional o a una actividad física como correr, el corazón bombea mayor cantidad de sangre y el sistema regulador dilata las arterias de los músculos utilizados para realizar la acción, produciendo un incremento temporal de la presión arterial, leve a moderado, que se normaliza cuando el sujeto vuelve al estado de reposo. Debido a estas variaciones, los médicos no pueden diagnosticar a una persona hipertensión arterial a no ser que las medidas de presión sean altas consistentemente.

El mecanismo regulador es de índole nervioso y por medio de la liberación de sustancias (humoral). Por lo general, el primero en actuar por sus respuestas instantáneas es el sistema nervioso, con estímulos positivos cerebrales por temperamento agresivo reprimido o emociones, o negativos por sueño y estados psíquicos depresivos. La parte reguladora humoral se genera en los riñones con la liberación de sustancias como renina o angiotensina que producen retención de sodio, y también las glándulas suprarrenales que producen mayor liberación de adrenalina, noradrenalina y aldosterona.

El funcionamiento armónico de todo este complejo mecanismo es necesario para mantener la presión arterial en valores normales y poder responder adecuadamente a las demandas del organismo ante la realización de una actividad física o emoción.

La hipertensión o presión arterial alta es una condición muy común que afecta a 1 de 4 adultos, aparece generalmente después de los 35 años de edad, sobre todo cuando existe el antecedente familiar de que uno o ambos padres presentan aumento de la presión. En la mayoría de los casos, no se conocen las causas exactas de la hipertensión. Sin embargo, las personas que fuman, que presentan sobrepeso, que ingieren comidas con mucha sal y grasa, que toman mucho alcohol, que tienen mucho estrés o que no hacen ejercicio o actividad física (sedentarismo) tienen mayores probabilidades de desarrollar hipertensión, al igual que las personas que tienen alto el colesterol, que tienen enfermedades del corazón o de los riñones. Aunque algunas personas tienen mayores riesgos de desarrollar hipertensión, cualquier persona a cualquier edad puede desarrollar hipertensión.

En el comienzo de la enfermedad, y por un tiempo variable para cada caso, se la detecta o reconoce en un examen médico general por diversas causas, ya que no da síntomas, hasta la producción de consecuencias severas por el desarrollo de alteraciones en las arterias (arteriopatías) y alteraciones en órganos internos consecutivas, pues la tan mencionada cefalea nocturna, se debe por lo general a una osteoartrosis cervical o a una jaqueca previa, ésta última por subsistir y hasta exagerarse debido a la hipertensión, en lugar de desaparecer con el avance de la edad.

Si no es tratada, luego de varios años, la hipertensión puede dañar los vasos sanguíneos de todo el cuerpo. Puede hacer que los vasos sanguíneos se agranden y se debiliten. Esto puede llevar a un agrandamiento de los vasos sanguíneos llamado “aneurisma”. Los aneurismas pueden sangrar y causar la muerte, especialmente si están localizados en los vasos sanguíneos del cerebro o en la aorta, que es la arteria más grande del cuerpo. Con el tiempo, otros vasos sanguíneos se vuelven más estrechos por la acumulación en su interior de colesterol, o sea, disminuye el calibre o la luz interior de las arterias. Los vasos sanguíneos estrechos dificultan y a veces bloquean o tapan el flujo de sangre. Cuando el flujo de sangre se para, los órganos que dependen de éste se pueden dañar o morir.

El bloqueo de las arterias del cerebro puede llevar a un ataque de apoplejía, que causa parálisis de la mitad del cuerpo (hemiplejía), problemas para hablar y la muerte.

El bloqueo de los vasos de los riñones puede llevar a que estos fallen (insuficiencia renal) y que no puedan limpiar la sangre de los desechos que genera el organismo día a día. Esto puede causar la muerte si la persona no se conecta a una máquina especial por varias horas

de 3 a 5 veces a la semana para purificar la sangre, y se denomina hemodiálisis y es conocido comúnmente como “riñón artificial”.

El bloqueo de los vasos sanguíneos en los ojos puede llevar a problemas en la visión y ceguera

El bloqueo de una arteria del corazón puede causar un ataque cardíaco donde la porción del músculo cardíaco que depende de esta arteria se puede morir, esto se denomina infarto agudo de miocardio y produce debilitamiento del corazón, que en ocasiones puede causar la muerte. También puede agotarse de bombear sangre a presiones muy elevadas y producir insuficiencia cardíaca, que puede causar problemas respiratorios y en ocasiones también la muerte.

Todas estas complicaciones son más frecuentes y severas en personas que padecen otras enfermedades como diabetes, colesterol alto o previos ataques del corazón.

Por todo esto, a la hipertensión arterial se la llama el “Asesino Silencioso” porque no presenta ningún síntoma y puede causar enfermedades serias si no se la detecta a tiempo y se la controla apropiadamente. Aunque muchas personas no presentan síntomas, si la presión arterial sube demasiado, en algunos casos se la puede detectar en pacientes que sufren dolores de cabeza, sangrado de nariz (epistaxis), mareos o cansancio extremo.

La única manera de detectar la hipertensión en forma temprana o precoz para poder prevenir las serias complicaciones es el chequeo regular de la presión arterial. Un médico, enfermero, o cualquier profesional de la salud puede medirle su presión arterial. Sin embargo, solo un médico puede diagnosticar la hipertensión, si se constatan varios registros de presión arterial elevada en días diferentes. El médico realizará la historia clínica, examen físico y otros estudios complementarios (laboratorio, electrocardiograma, etc.) para determinar si la enfermedad ha causado daño en los diferentes órganos mencionados. Después recomendará un tratamiento.

En mayo del 2003 se presentó en el Congreso Americano de Hipertensión Arterial una nueva guía para el diagnóstico y tratamiento de esta enfermedad, con el objetivo de actualizar los conocimientos en base a nuevos estudios publicados en las diferentes revistas científicas y simplificar la clasificación previa en categorías de la presión o tensión arterial (TA) y brindar una nueva guía sobre el manejo de la hipertensión arterial (HTA) o presión arterial elevada. Se la ha denominado 7mo. Reporte de la Junta del Comité Nacional de Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Presión Arterial Elevada (7th Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure - VII JNC). Este consenso fue publicado en la revista JAMA del 21 de mayo de 2003, y viene a reemplazar el 6to. reporte publicado en el año 1997.

Según los nuevos datos, el 90% de la población normotensa, a los 55 años de edad desarrollan la enfermedad.

Esta enfermedad se asocia con un incremento del riesgo cardiovascular de tipo continuo, consistente e independiente. Este riesgo se duplica cada 20 mmHg de incremento de la tensión arterial sistólica (TAS) desde los 115 mmHg, y cada 10 mmHg de incremento de la tensión arterial diastólica (TAD) desde los 75 mmHg.

Por lo que la nueva clasificación de hipertensión arterial es la siguiente:

1- Presión arterial normal es aquella menor de 120 mmHg de presión arterial sistólica y menor de 80 mmHg de presión arterial diastólica.

2- Pre-hipertensión: aquellos pacientes que presentan presión arterial sistólica entre 120 y 139 mmHg, ó presión arterial diastólica entre 80 a 89 mmHg.

3- Hipertensión arterial estadio 1: aquellos pacientes que presentan presión arterial sistólica entre 140 y 159 mmHg, ó presión arterial diastólica entre 90 a 99 mmHg.

4- Hipertensión arterial estadio 2: aquellos pacientes que presentan presión arterial sistólica mayor o igual a 160 mmHg, ó presión arterial diastólica mayor o igual a 100 mmHg.

Cabe aclarar que en niños y mujeres embarazadas sanas, las cifras suelen ser más bajas, de modo que lecturas superiores a 120/80 pueden considerarse anormales.

Los grandes estudios de los últimos años han fundamentado que la reducción de la presión arterial se asocia con una disminución de entre el 35% y el 50% del riesgo de presentar accidente cerebrovascular (hemiplejías o hemorragias cerebrales); entre el 20% y el 25% de presentar infarto agudo del miocardio; y del 50% de presentar insuficiencia cardiaca. En base a estos datos, si en un paciente hipertenso se logra una reducción sostenida de la presión arterial de 12 mmHg, previene a los 10 años una muerte de cada 11.

En todo paciente el médico debe identificar y tratar por todos los medios disponibles los factores de riesgo cardiovasculares como la edad mayor de 55 años en los hombres y mayor de 65 años en las mujeres, historia de muerte súbita en familiares varones menores de 55 años o mujeres menores de 65 años, el tabaquismo, la obesidad, el consumo de alcohol, el sedentarismo o la inactividad física, la dislipidemia o colesterol elevado en sangre, y otras enfermedades como la diabetes mellitus, problemas renales, etc. Luego debe determinar la presencia del daño de "órgano blanco" que son los órganos del paciente que se van alterando lenta pero continuamente y son: en los ojos produce daño de la retina; en el corazón produce crecimiento muscular o hipertrofia ventricular izquierda, angina de pecho o dolor precordial, infarto agudo de miocardio, o insuficiencia cardiaca; en el cerebro puede producir accidente cerebrovascular; en los riñones puede producir nefropatía crónica que puede desencadenar insuficiencia renal crónica y llevar al paciente a hemodiálisis (riñón artificial); y arteriopatía periférica que es disminución del calibre de las arterias de los miembros inferiores que producen dolores y predisposición a presentar infecciones de difícil tratamiento.

El tercer paso es identificar causas secundarias como apnea del sueño, inducida por drogas, nefropatía crónica, enfermedad renovascular, hiperaldosteronismo primario, síndrome de

Cushing, feocromocitoma, coartación de aorta, enfermedad tiroidea o paratiroidea, etc. Si se solucionan estas causas la hipertensión arterial se cura, pero lamentablemente el 90-95% de los pacientes presentan hipertensión arterial primaria o idiopática, en la cuál no se puede determinar la causa ya que no es consecuencia de otra enfermedad y presentan un componente genético importante.

Desafortunadamente la hipertensión no tiene cura, pero puede controlarse apropiadamente. El control de la hipertensión significa un compromiso de por vida de cambiar su dieta y su estilo de vida. Visitas de seguimiento con su médico son esenciales para asegurarse de que la presión arterial esté bajo control y que no esté causando problemas graves. Las medicaciones pueden ser necesarias para ayudar a bajar la presión a niveles normales, pero la enfermedad debe atacarse por todos los frentes y todos los puntos son igualmente importantes.

Los objetivos del tratamiento deben ser lograr una presión arterial menor de 140/90 mmHg y menor de 130/80 mmHg en pacientes con diabetes mellitus o con insuficiencia renal crónica.

Se debe realizar el mayor esfuerzo posible en las recomendaciones para modificar el estilo de vida hacia uno más saludable:

1- Reducción de peso: mantener un índice de masa corporal entre 18,5 y 24,9. Este índice resulta del cociente del peso en kilogramos y la talla en centímetros al cuadrado. Se atribuye una reducción de la presión arterial sistólica de 5 a 20 mm Hg por cada 10 kg de reducción de peso.

2- Dieta DASH (Dietary Approches to Stop Hypertension): adoptar una dieta rica en frutas y vegetales, y consumir alimentos con bajo contenido graso. Con esto se logrará una reducción de 8 a 14 mmHg de la tensión arterial sistólica.

3- Restricción de sodio (menos de 100 mEq/l o 2,4 g de sodio, o 6 g de cloruro de sodio o sal de mesa) que se asocia con una reducción de 2 a 8 mmHg de la tensión arterial sistólica. Cocinar con poca sal también puede tener buen sabor. Los sustitutos de la sal y algunas especias pueden ayudar a mejorar el sabor de las comidas.

4- Moderar el consumo de alcohol: no ingerir más de 2 tragos por día o 30 ml de etanol (300 ml de vino, 500 ml de cerveza, o 60 ml de whisky). En mujeres o personas delgadas la ingesta debe ser la mitad de lo mencionado. Esta medida reducirá la presión entre 2 y 4 mmHg.

5- Actividad física aeróbica (caminatas, ciclismo, natación) que si se realiza en forma regular por lo menos 30 minutos 4 veces por semana se puede lograr una reducción de 4 a 9 mmHg de la tensión arterial sistólica. La actividad física ayuda a bajar de peso, quema grasas, disminuye el nivel de colesterol, mejora la circulación y disminuye el nivel de stress. Levantar pesas no es un ejercicio aeróbico y junto con el físico culturismo pueden aumentar la presión arterial.

6- Tratamiento farmacológico: es el último paso, solo se llega si con las modificaciones del estilo de vida no se puede controlar la presión arterial y debe ser estrechamente controlada por el médico tratante. Las medicaciones para la hipertensión se toman generalmente por largos períodos de tiempo y algunas veces de por vida. Visitas regulares al médico son esenciales para determinar la efectividad de las mismas.

La hipertensión arterial es una enfermedad que puede causar complicaciones serias y posiblemente fatales. Sin embargo, con detección temprana y con un control agresivo, millones de personas viven vidas más largas y sanas. La ayuda y la persistencia de los pacientes en el tratamiento son esenciales para controlar la hipertensión. Con la ayuda de su médico, usted puede aumentar las posibilidades de tener una vida larga y saludable.

Dr. Guillermo Firman
ABR-2004