

Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial pulmonar

Diagnosis and Treatment of Pulmonary Arterial Hypertension

Stephen Robert*

Department of Internal Medicine,
Cardiac Centre, University Hospital of
Cologne, Germany

Fecha de recibido: 21-Nov-2022, Manuscript No. IPADM-22-13275; **Fecha del Editor asignado:** 24-Nov-2022, PreQC No. IPADM-22-13275 (PQ); **Fecha de Revisados:** 08-Dec-2021, QC No. IPADM-22-13275; **Fecha de Revisado:** 12-Dec-2022, Manuscript No. IPADM-22-13275(R); **Fecha de Publicación:** 19-Dec-2022, DOI: 10.36648/1698-9465.22.18.1575

***Correspondencia:**
Stephen Robert

Introducción

La hipertensión arterial se diagnostica cuando las mediciones repetidas en el consultorio de un médico arrojan valores de 140/90 mmHg o más. El diagnóstico debe confirmarse mediante un control ambulatorio de la presión arterial de 24 horas o mediante medición domiciliar. También se deben considerar otros factores de riesgo y daños en los órganos diana. Según las guías europeas vigentes, el objetivo de presión arterial para todos los pacientes, incluidos aquellos con diabetes mellitus o insuficiencia renal, es <140/90 mmHg. Si el tratamiento es bien tolerado, para la mayoría de los pacientes se recomienda una mayor reducción de la presión arterial, con un límite inferior definido. Las principales medidas no farmacológicas contra la hipertensión arterial son la reducción de sal en la dieta, evitar el consumo excesivo de alcohol, dejar de fumar, una dieta equilibrada, ejercicio físico y pérdida de peso [1].

Los medicamentos de primera línea para la hipertensión arterial incluyen bloqueadores de los canales de calcio dihidropiridínicos de acción prolongada, inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina o bloqueadores de los receptores de angiotensina y diuréticos similares a las tiazidas. Los bloqueadores de los receptores de mineralocorticoides son efectivos en pacientes cuya presión arterial no puede llevarse a un rango aceptable con medicamentos de primera línea [2].

El aumento de la tensión circulatoria debe deberse a un aumento del rendimiento cardíaco, una obstrucción vascular periférica elevada o una combinación de ambos. Cada uno de estos sistemas es manejado, pues, por ciclos hemodinámicos, cerebrales, humorales y renales, todos los cuales difieren en su compromiso comenzando con un individuo y luego con el siguiente. A medida que las personas envejecen, la razón más frecuente de la hipertensión suele ser una obstrucción vascular periférica elevada, a menudo combinada con una solidez dilatada de los vasos, que se manifiesta clínicamente como hipertensión sistólica desconectada. Múltiples mecanismos hemodinámicos, neurales y renales conducen a un aumento del gasto cardíaco y/o de la resistencia vascular periférica. El producto de estas dos variables hemodinámicas determina la presión arterial. ANP,

péptido natriurético auricular, BNP, péptido natriurético tipo B, RAAS, sistema renina-angiotensina-aldosterona.

La determinación debe confirmarse mediante una estimación móvil de 24 horas o mediante estimaciones robotizadas de la tensión circulatoria en el hogar. Las cualidades adquiridas por estas técnicas suelen ser inferiores a las que se obtienen en la consulta del especialista [3]. Esta realidad es considerada por los valores de corte más bajos sugeridos. Una estimación móvil de 24 horas también es de especial apoyo para conocer la presencia de hipertensión de bata blanca o de hipertensión encubierta. Un paciente con hipertensión de bata blanca tiene constantemente un pulso elevado en la consulta del especialista, pero con calidades normales cuando se estima en casa. La frecuencia de esta peculiaridad en todos ronda el 13%. El riesgo prolongado de eventos cardiovasculares puede ser un poco mayor en personas con hipertensión de bata blanca que en personas sin ella. Además, antes de administrar cualquier tratamiento, se deben excluir las posibles causas de hipertensión secundaria. Debe tenerse en cuenta la posibilidad de pseudoresistencia al tratamiento por hipertensión de bata blanca o cumplimiento subóptimo del fármaco. El cumplimiento puede verificarse mediante la medición de la presión arterial después de la ingesta supervisada del fármaco, o bien mediante la medición del principio activo en el suero o la orina del paciente.

La frecuencia de efectos secundarios graves y la tasa de interrupción del tratamiento no difirieron entre los grupos de tratamiento. La actividad elevada del sistema nervioso simpático también proporciona la base para algunas de las técnicas de intervención que se han desarrollado para este grupo de pacientes [4,5]. El tratamiento de la hipertensión arterial con una combinación de intervenciones en el estilo de vida y medicamentos puede reducir notablemente el riesgo cardiovascular. En la mayoría de los pacientes, la presión arterial se puede reducir de manera efectiva con medicamentos antihipertensivos de primera línea, pero la inmunoterapia a menudo no es suficiente. Con respecto a los valores objetivo de presión arterial, quedan muchas preguntas abiertas. Esperamos que los valores objetivo recién

✉ robert_st083@hotmail.com

modificados den lugar a un animado debate sobre sus ventajas y riesgos potenciales en un futuro muy próximo.

Referencias

1. Munsaka EF, Van Dyk D, Parker R. A retrospective audit of pain assessment and management post-caesarean section at New Somerset Hospital in Cape Town, South Africa. *S Afr Fam Pract* 2021; 63:e1-e6.
2. Sutton CD, Carvalho B. Optimal pain management after cesarean delivery. *Anesthesiol Clin* 2017; 35:107-124.
3. Jemal B, Mohammed F, Tesema HG, Ahmed S, Mohammed A, Regasa T, et al. Analgesic efficacy of spinal morphine in comparison with transversus abdominis plane block for postoperative pain management in patients undergoing cesarean section under spinal anesthesia: A randomized controlled trial. *Front Med (Lausanne)* 2022; 9:814538.
4. Mustafa HJ, Wong HL, Al-Kofahi M, Schaefer M, Karanam A, Todd MM. Bupivacaine pharmacokinetics and breast milk excretion of liposomal bupivacaine administered after cesarean birth. *Obstet Gynecol* 2020; 136:70-76.
5. Sangkum L, Thamjamrassri T, Arnuntasupakul V, Chalacheewa T. The current consideration, approach, and management in postcesarean delivery pain control: A narrative review. *Anesthesiol Res Pract* 2021; 2021:2156918.