

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Referencia Rápida

Prevención, diagnóstico y tratamiento de las crisis hipertensivas

GPC

Guía de Práctica Clínica

Número de Registro **SSA-155-08**



CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



DIF
SISTEMA NACIONAL
PARA EL DESARROLLO
INTEGRAL DE LA FAMILIA



Vivir Mejor

**CIE X : IX Enfermedades del Sistema Circulatorio
Otras formas de hipertensión arterial**

GPC Prevención, diagnóstico y tratamiento de las crisis hipertensivas

DEFINICIÓN

Las crisis hipertensivas se definen arbitrariamente como una severa elevación de la presión arterial, generalmente considerada de la cifra diastólica mayor a 120mm/hg. Se subdividen en emergencias y urgencias. Las primeras implican un estado de mayor gravedad y peor pronóstico por la presencia de daño a un órgano terminal y la evidencia inminente de un rápido o progresivo deterioro a nivel neurológico, cardíaco o renal.

CLASIFICACIÓN

EMERGENCIA HIPERTENSIVA

(Con daño a órgano blanco)

1. Encefalopatía hipertensiva
2. Ictus (hemorrágico o isquémico) asociado a hipertensión
3. Insuficiencia cardíaca congestiva y edema agudo pulmonar asociado a hipertensión
4. Cardiopatía isquémica sintomática
5. Aneurisma disecante de aorta
6. Eclampsia
7. Hemorragia importante
8. Traumatismo craneoencefálico
9. Postoperatorio de cirugía con suturas vasculares
10. Elevación de catecolaminas (feocromocitoma, suspensión brusca de clonidina, etc.)
11. Retinopatía hipertensiva grave
12. Feocromocitoma
13. Insuficiencia renal aguda e hipertensión

URGENCIA HIPERTENSIVA

(Sin daño a órgano blanco)

1. Hipertensión esencial no complicada grave
2. Hipertensión secundaria no complicada grave
3. Hipertensión asociada a epistaxis grave
4. Interrupción del tratamiento antihipertensivo previo
5. Hipertensión de rebote, interrupción súbita de clonidina
6. Hipertensión inducida por fármacos
7. Hipertensión postoperatoria

FACTORES PREDISPONENTES

1. Herencia: los pacientes con carga genética para hipertensión arterial sistémica están más predispuestos a presentar una crisis hipertensiva
2. Hipertensión arterial crónica no controlada
3. Suspensión del tratamiento antihipertensivo

CRITERIOS DE SEVERIDAD

La disfunción de órganos no es común con una presión arterial diastólica menor a 130 mmHg
En pacientes con hipertensión arterial crónica las cifras de severidad pueden ser más altas y mejor toleradas.

HISTORIA CLÍNICA

INTERROGATORIO

1. Realizar una historia clínica completa enfocada a identificar los factores de riesgo para desarrollar crisis hipertensiva.
2. Investigar el tiempo de evolución, ya que los síntomas pueden ser muy súbitos y complicar el cuadro clínico.

SIGNOS Y SÍNTOMAS ESPECÍFICOS DE LA CRISIS HIPERTENSIVA

Las manifestaciones clínicas de las crisis hipertensivas se relacionan a la disfunción de un órgano afectado por lo que el cuadro clínico es variable:

1. Dolor torácico
2. Disnea.
3. Déficit neurológico

MANIFESTACIONES CLÍNICAS

1. Daño cerebral;

Las manifestaciones cerebrales pueden incluir cefalea intensa, pérdida del estado de alerta así como alteraciones de la movilidad de las extremidades (paresia, plejía)

2. Daño cardiaco:

Las manifestaciones cardíacas pueden ser dolor precordial del tipo infarto agudo del miocardio, así como disnea.

3. Daño renal:

Las principales manifestaciones del daño renal son edema y oliguria/anuria.

Estudios de Laboratorio e Imagen

ESTUDIOS DE LABORATORIO

1. Biometría hemática completa
2. Química sanguínea
3. Electrolitos séricos
4. Examen general de orina
5. Péptido natriurético B
6. En caso necesario enzimas cardíacas

Rayos X de Tórax:

Puede indicarnos el tamaño del corazón, estudiar los campos pulmonares y tamaño del mediastino.

Tomografía de cráneo:

Se realizará en aquellos pacientes con déficit neurológico y nos ayuda a detectar isquemia o hemorragia cerebral.

ESTUDIOS DE GABINETE

1. Rayos X de tórax
2. En caso necesario tomografía simple de cráneo
3. Electrocardiograma

Electrocardiograma:

Este estudio nos permite detectar la presencia de infarto, alteraciones del ritmo o la presencia o no de hipertrofia ventricular izquierda y sobrecarga ventricular.

CRITERIOS DE REFERENCIA

IMPORTANTE:

En el primer nivel de atención se atenderá todo paciente con el diagnóstico de Urgencia Hipertensiva. Los pacientes con el diagnóstico de Emergencia Hipertensiva, es decir con daño a órgano blanco, deben ser referidos a un tercer nivel para la atención de la complicación presente.

CUIDADOS ESPECIALES PARA TRASLADOS DE PACIENTES

1. Todos los pacientes con sospecha de emergencia hipertensiva deben ser trasladados a un segundo o tercer nivel.
2. El traslado idealmente tiene que hacerse en ambulancia con cuidados intensivos, unidad que debe de contar con bombas de infusión, equipo de reanimación cardiovascular así como médico entrenado en este tipo de patologías.
3. El traslado debe realizarse al hospital de segundo o tercer nivel más cercano para asegurar la atención inmediata.

TRATAMIENTO

PRIMER NIVEL

La medicación oral para disminuir la presión arterial en una urgencia hipertensiva es la mejor estrategia. Este descenso debe ser gradual en 24 a 48 horas. Los fármacos ideales que pueden ser utilizados a este nivel son:

1. Inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina:
 - a. Captopril: 25mg cada 6-8 horas
 - b. Enalapril: 10mg cada 12 horas, dosis máxima 40mg al día
2. Betabloqueadores:
 - a. Metoprolol: 50-100mg cada 12 horas
 - b. Atenolol: 50mg cada 12-24 horas
3. Antagonistas de los receptores de angiotensina II:
 - a. Losartan: 50mg cada 12 horas,
 - b. Candesartan: 8-16mg cada 24 horas,
 - c. Telmisartan: 40-80mg cada 24 horas.
4. Calcioantagonistas:
 - a. Amlodipino: 5-10mg cada 24 horas,
 - b. Nifedipino: 30-60mg cada 24 horas.
5. Diuréticos tiazídicos:
 - a. Hidroclorotiazida
 - b. Clortalidona: 25mg cada 24 horas.

SEGUNDO Y TERCER NIVEL

El medicamento de elección para el tratamiento de la emergencia hipertensiva depende de la presentación clínica. Estos medicamentos se utilizan vía intravenosa. Los agentes más comunes o más comúnmente utilizados son:

1. Labetalol: dosis de impregnación 20mg, seguida por una dosis incremental de 20 a 80mg con intervalos de 10 min hasta conseguir el efecto deseado. Puede utilizarse en infusión a dosis de 1 a 2 mg/min.
2. Nicardipina: es un calcio antagonista con alta selectividad vascular y fuerte actividad vasodilatadora cerebral y coronaria. La infusión inicial es de 5mg/h con aumentos de 2.5mg/h cada 5min, hasta un máximo de 15 mg/h.
3. Nitroprusiato: es un vasodilatador arterial y venoso que disminuye la postcarga y precarga. La velocidad de infusión no debe ser mayor de 2gr/kg/min.
4. Nitroglicerina: es un venodilatador potente. La dosis es 5 mcg/min con un incremento de hasta 20mg.

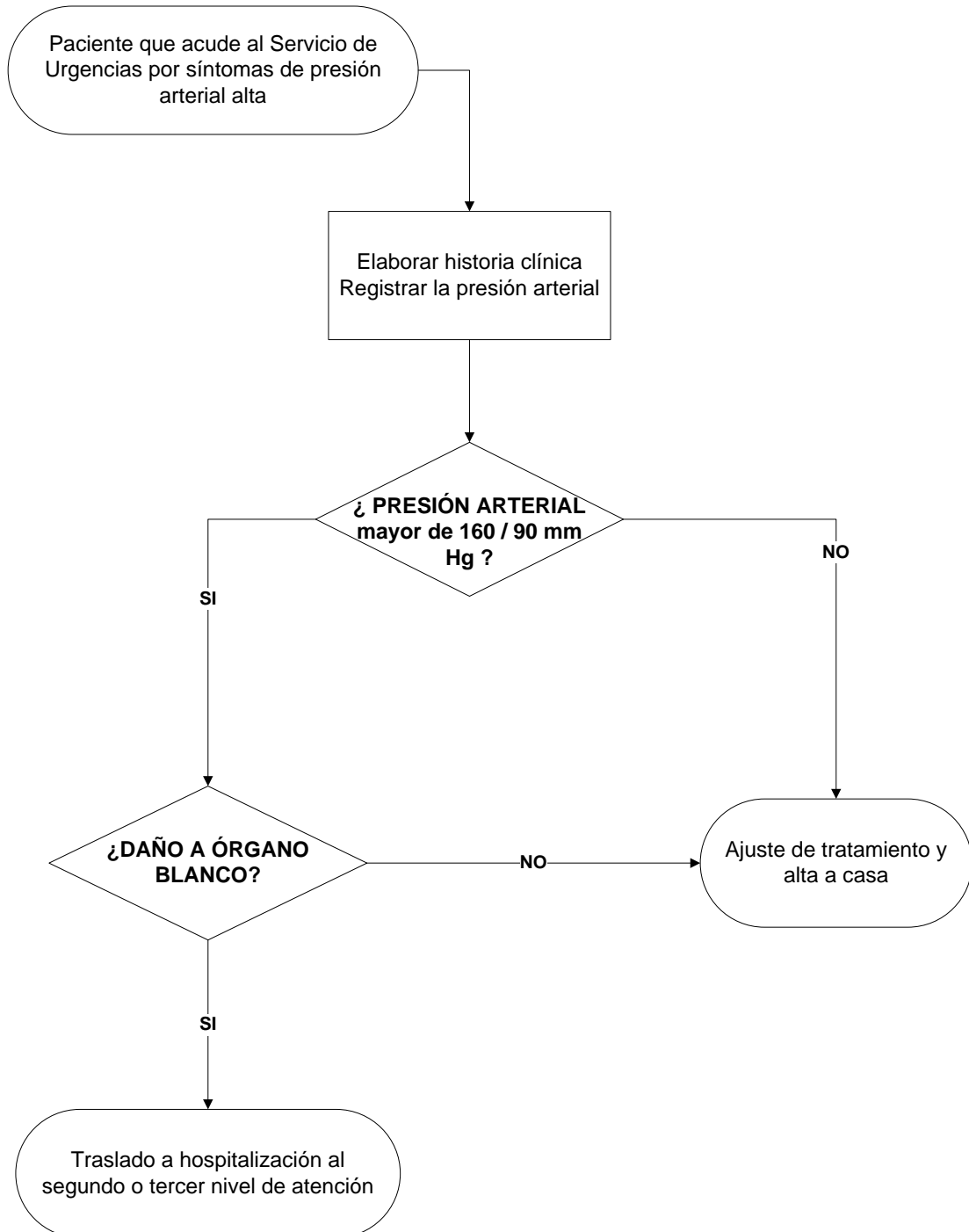
Diagrama de Flujo
DIAGNOSTICO Y REFERENCIA OPORTUNA DEL PACIENTE CON CRISIS HIPERTENSIVA

Diagrama de Flujo

TRATAMIENTO ADECUADO DEL PACIENTE CON CRISIS HIPERTENSIVA

