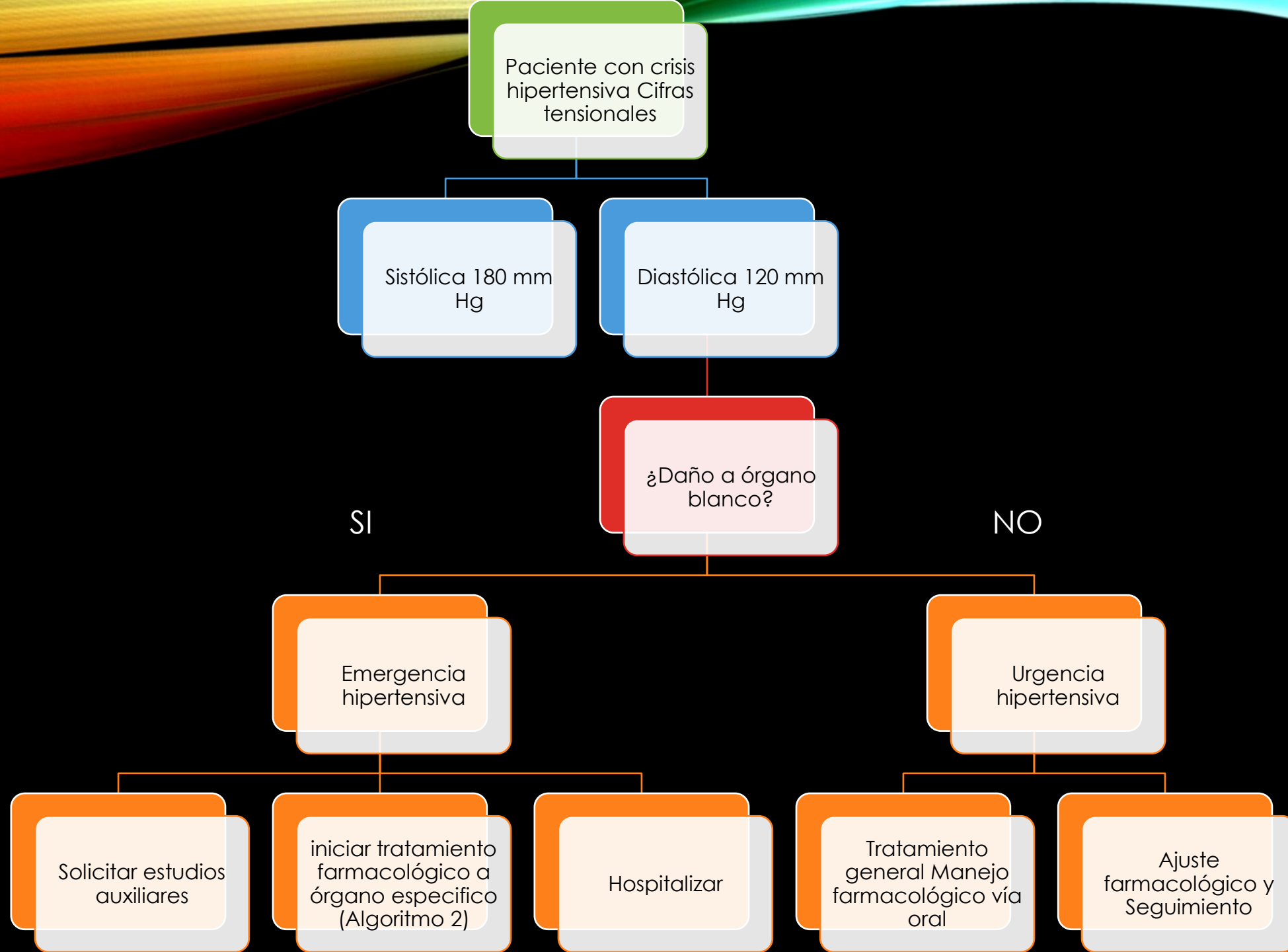




CRISIS HIPERTENSIVAS

CELSO FABIAN BARRIOS MENDEZ



ESTUDIOS
AUXILIARES:

Colesterol y
triglicéridos

Hemoglobina

Hemoglobina
glucosilada

Hematocrito



Glucosa
plasmática en
ayuno



Potasio y sodio

Análisis de orina

Creatinina

Tasa de filtración
glomerular

Ácido úrico

Emergencia Hipertensiva

Disección aórtica

EVC isquémico no candidato a Tx trombolítico

EVC isquémico candidato a Tx trombolítico

Hemorragia cerebral

Síndrome coronario agudo

(+) Angiotomografía de tórax y/o abdomen o ecocardiograma

(+) Tomografía axial computarizada de cráneo

(+) Tomografía axial computarizada de cráneo

(+) Tomografía axial computarizada de cráneo

(+) Enzimas cardíacas
Radiografía de tórax

Disminución inmediata de la TAS menor de 120 mmHg y frecuencia cardíaca menor a 80 lpm

Disminuir TAM 15 % en las primeras 24 h En la primera hora

Disminuir TA a menos 185/110 mmHg

Disminuir TAS a menos de 220 mmHg

Disminuir TAS de forma inmediata a menos de 140 mmHg

Emergencia Hipertensiva

Encefalopatía hipertensiva

(+) Tomografía axial
computarizada de cráneo
y fondos copia

Disminuir TA M la primera
hora de forma inmediata
de 20 a 25%

Edema Agudo Pulmonar

(+) Enzimas cardíacas
Radiografía de tórax

Disminuir TAS de forma
inmediata a menos de 140
mmHg

Pre eclampsia / eclampsia

Consultar GPC Detección,
Diagnóstico y Tratamiento
de Enfermedades
Hipertensivas del Embarazo

Consumo de anfetaminas /
Cocaína

(+) Perfil toxicológico

Iniciar manejo con
benzodicepinas

Hipertensión Maligna

(+) Metanefrinas en orina
de 24 horas fundoscopia

Disminuir TA M la primera
hora de forma inmediata el
20-25 %

TRATAMIENTO

RECOMENDACIÓN CLAVE

GR*

Se sugiere en pacientes con emergencia hipertensiva la infusión continua de agentes antihipertensivos titulables de corta duración o bien cualquier fármaco antihipertensivo.

(Flujograma 1)

Fuerte

Se sugiere la disminución rápida de la tensión arterial sistólica (TAS), generalmente <140 mm Hg en la primera hora de tratamiento en preeclampsia, eclampsia y feocromocitoma.

Fuerte

Se sugiere que todos los pacientes con emergencia hipertensiva cuenten con estudios básicos y solo se realicen estudios específicos por el sitio de daño orgánico.

PBP

(Cuadro 1)

RECOMENDACIÓN CLAVE

GR*

Se sugiere solicitar la evaluación por el experto o por el médico de la unidad de cuidados intensivos (en caso de contar con ellos), según corresponda la entidad clínica.

PBP

Se sugiere en pacientes con emergencia hipertensiva y disección aórtica aguda el descenso rápido de la TAS ≤ 120 mm Hg y de la FC ≤ 80 lpm, en un periodo de 20 min.

Fuerte

(Flujograma 2)

Se sugiere en pacientes con emergencia hipertensiva y disección aórtica el tratamiento sea a base de esmolol o labetalol asociado a nitroprusiato de sodio o con nitroglicerina.

Fuerte

Se sugiere en pacientes con emergencia hipertensiva e insuficiencia cardiaca aguda utilizar furosemida en bolo o en infusión.

Fuerte

Se sugiere en pacientes con emergencia hipertensiva y edema agudo pulmonar (EAP) cardiogénico disminuir de inmediato la TAS < 140 mm Hg, utilizando como tratamiento de primera línea furosemida más nitroprusiato de sodio o nitroglicerina.

Fuerte

(Flujograma 2)

Se sugiere en pacientes con encefalopatía hipertensiva disminuir de manera inmediata la TAM, de 20% a 25%, utilizando como tratamiento de primera línea labetalol o nitroprusiato de sodio como manejo de segunda línea.

Condicional

(Flujograma 3)

RECOMENDACIÓN CLAVE

GR*

Se sugiere que en paciente con EVC isquémico y emergencia hipertensiva no candidatos a tratamiento trombolítico con TAS > 220 mm Hg o TAD > 120 mm Hg se disminuya la TAM un 15%, en las primeras 24 horas.

(Flujograma 2)

Se sugiere en pacientes con EVC isquémico agudo y emergencia hipertensiva, que son candidatos a tratamiento trombolítico, se disminuya la TA a menos de 185/110 mm Hg.

Se sugiere que en el paciente con hemorragia intracerebral aguda que presenta TAS superior a 220 mmHg, utilizar como tratamiento de primera línea labetalol, con monitoreo de la TA.

Se sugiere en pacientes con hipertensión maligna administrar como tratamiento de primera línea labetalol o nitroprusiato de sodio como manejo de segunda línea y disminuir la TAM en un 20 a 25% en un periodo de varias horas. (Flujograma 3)

Se sugiere en pacientes con emergencia hipertensiva y evento coronario agudo disminuir de manera inmediata la TAS < 140 mm Hg, utilizando como tratamiento de primera línea nitroglicerina, labetalol o esmolol y de segunda línea dinitrato de isosorbide.

(Flujograma 2)

RECOMENDACIÓN CLAVE

GR*

Se sugiere que en pacientes con elevación de la TA por sospecha de consumo de metanfetaminas o intoxicación por cocaína iniciar tratamiento con benzodiazepinas. (Flujograma 3)

Fuerte

Se sugiere que en pacientes con urgencia hipertensiva con falta de apego al tratamiento reiniciar o intensificar la terapia antihipertensiva previa.

Condicional

Se sugiere en pacientes programados para cirugía mayor electiva con TAS ≥ 180 mm Hg o TAD ≥ 110 mm Hg, diferir el procedimiento.

Fuerte

CUADRO 1. ESTUDIOS DE LABORATORIO Y GABINETE

| Estudios de laboratorio y gabinete | |
|------------------------------------|---|
| Básicos | Específicos |
| Biometría hemática completa | Ecocardiograma (disección aórtica e insuficiencia cardiaca, o isquemia) |
| Creatinina y urea sérica | Tomografía axial computada de cráneo simple (evento vascular cerebral isquémico o hemorrágico) |
| Sodio y potasio séricos | Enzimas cardiacas: CPK-CPK MB, Troponina (síndrome coronario agudo) |
| Examen general de orina | Angiotomografía de tórax y/o abdomen (disección aórtica) |
| Colesterol total y triglicéridos | |
| Electrocardiograma | |
| Radiografía de tórax | |