

Caso clínico

Materia: Clínicas Médicas Completarías

Docente: Dr. Diego Rolando Martínez
Guillen

Equipo

Casto Henri Mendez Mendez

Carlos Alexis Espinosa Utrilla

Ulises Osorio Contreras

Irvin Uriel Solís Pineda

Caso clínico

Paciente femenina de 65 años de edad, ama de casa.

AHF: Madre hipertensa y DM II.

APP: Paciente con obesidad, diabetes mellitus II con 4 años de evolución con tratamiento basado en metformina 500mg cada 12 horas. Hipertensa desde hace 4 años con mal apego al tratamiento. Con cifras de TA entre los 140/160 sistólica y 90/95 diastólica; en tratamiento con Enalapril con Hidroclorotiazida 20mg/12.5 mg cada 12 horas. Y amlodipino 5 mg cada mañana.

La paciente acude al servicio de urgencias porque al presentar cefalea intensa se mide la tensión arterial lo cual le da una cifra de 190/120 mmHg; también presenta mareos, acufenos y fosfenos.

Llegado al servicio le toman los signos vitales TA con una cifra de 196/118 mmHg, FC 115 LPM, FR 22 RPM, Temp. 37.1 °C, SPO2 93%, el resto de la exploración física no se encuentran mayores complicaciones

- ¿Cuál es su impresión diagnóstica?
- ¿Cómo la clasificaría?
- ¿Cuál sería su manejo?
- ¿Tratamiento y abordaje?

Crisis hipertensiva (Definición)

JCN 7

Aumento agudo de la presión arterial que puede producir alteraciones estructurales o funcionales sobre los órganos diana. Las últimas recomendaciones publicadas en el Joint National Committee (JNC) consideran una PAS \geq 180 mm Hg y una PAD \geq 110 mm Hg.

- AHA

La crisis hipertensiva **consiste en una elevación sistólica >180 mmHg y diastólica >120 mmHg**. Se subdivide en urgencia hipertensiva cuando no muestra alteración a órgano blanco, o bien como una emergencia hipertensiva, cuando la presión arterial puede causar repercusiones en órgano blanco.

<i>Urgencia hipertensiva</i>	<i>Emergencia hipertensiva</i>
<p>- Ascenso de la presión arterial sin lesión aguda sobre órgano diana.</p> <p>- No existe compromiso inmediato de la vida del paciente.</p> <p>- Paciente asintomático o con síntomas inespecíficos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cefalea • Mareo • Ansiedad / Nerviosismo • Malestar 	<p>- Ascenso de la presión arterial con lesión aguda sobre órgano diana.</p> <p>- Compromiso de la vida del paciente.</p> <p>- Principales situaciones de emergencia hipertensiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encefalopatía hipertensiva • ACV / Disección aórtica • TCE / traumatismo medular • Síndrome coronario agudo / EAP • Patología renal aguda • Eclampsia • Crisis de feocromocitoma • Debida a fármacos o drogas • Quemaduras graves • Anemia hemolítica microangiopática

Joint National Committee (JNC7)

AHA

Tabla 3

Clasificación de la PA medida en consulta^a y definición de los grados de HTA^b

Categoría	Sistólica (mmHg)		Diastólica (mmHg)
Óptima	< 120	y	< 80
Normal	120-129	y/o	80-84
Normal-alta	130-139	y/o	85-89
HTA de grado 1	140-159	y/o	90-99
HTA de grado 2	160-179	y/o	100-109
HTA de grado 3	≥ 180	y/o	≥ 110
HTA sistólica aislada ^b	≥ 140	y	< 90

PA: presión arterial; PAS: presión arterial sistólica.

^aLa categoría de PA se define según las cifras de PA medida en consulta con el paciente sentado y el valor más alto de PA, ya sea sistólica o diastólica.

^bLa HTA sistólica aislada se clasifica en grado 1, 2 o 3 según los valores de PAS en los intervalos indicados.

Se emplea la misma clasificación para todas las edades a partir de los 16 años.

© ESC/ESH 2018

AHA

Fases de la HTA	Otros factores de riesgo, daño orgánico o enfermedades	Grados de PA			
		Normal alta PAS 130-139 mmHg PAD 85-89 mmHg	Grado 1 PAS 140-159 mmHg PAD 90-99 mmHg	Grado 2 PAS 160-179 mmHg PAD 100-109 mmHg	Grado 3 PAS \geq 180 mmHg PAD \geq 110 mmHg
Fase 1 (sin complicaciones)	Sin otros factores de riesgo	Riesgo bajo	Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo alto
	1 o 2 factores de riesgo	Riesgo bajo	Riesgo moderado	Riesgo moderado-alto	Riesgo alto
	\geq 3 factores de riesgo	Riesgo bajo-moderado	Riesgo moderado-alto	Riesgo alto	Riesgo alto
Fase 2 (enfermedad asintomática)	Daño orgánico, ERC de grado 3 o DM sin daño orgánico	Riesgo moderado-alto	Riesgo alto	Riesgo alto	Riesgo alto a muy alto
Fase 3 (enfermedad establecida)	ECV establecida, ERC de grado \geq 4 o DM con daño orgánico	Riesgo muy alto	Riesgo muy alto	Riesgo muy alto	Riesgo muy alto

©ESC/ESH 2018

Figura 1. Clasificación de las fases de HTA según las cifras de PA, los factores de riesgo CV, el daño orgánico o las comorbilidades. El riesgo CV se refiere a varones de mediana edad. El riesgo CV no se corresponde necesariamente con el riesgo real a distintas edades. Se recomienda la estimación formal del riesgo CV con el sistema SCORE para tomar decisiones sobre el tratamiento. CV: cardiovascular; DM: diabetes mellitus; ERC: enfermedad renal crónica; HTA: hipertensión arterial; PA: presión arterial; PAD: presión arterial diastólica; PAS: presión arterial sistólica.

Tabla 18

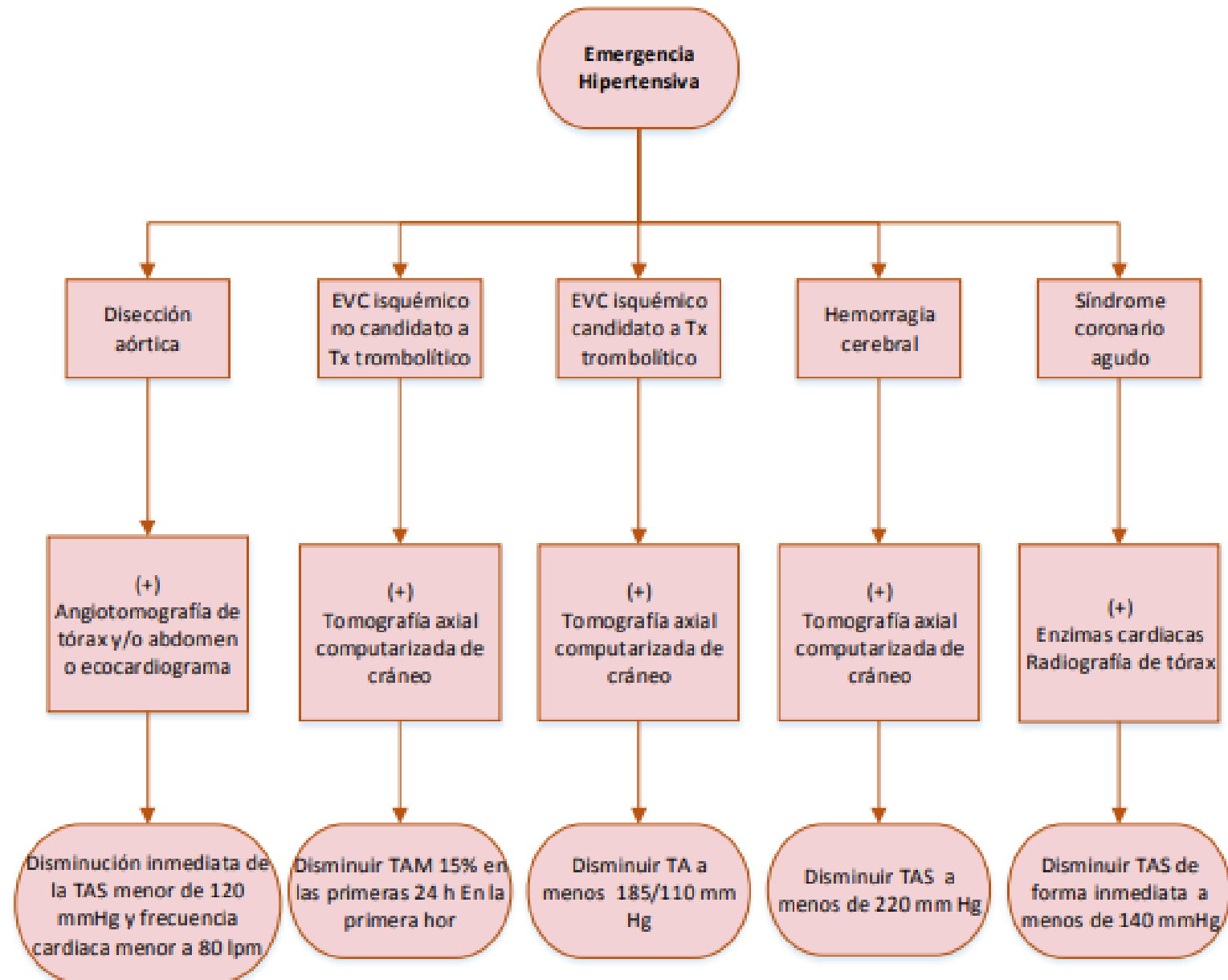
Sensibilidad para detectar cambios inducidos por el tratamiento, reproducibilidad e independencia del operador, tiempo hasta los cambios y valor pronóstico de los cambios producidos en los marcadores de daño orgánico causado por HTA

Marcador de daño orgánico	Sensibilidad a los cambios	Reproducibilidad e independencia del operador	Tiempo hasta los cambios	Valor pronóstico de los cambios
HVI por ECG	Baja	Alta	Moderado (> 6 meses)	Sí
HVI por ecocardiografía	Moderada	Moderada	Moderado (> 6 meses)	Sí
HVI por RMC	Alta	Alta	Moderado (> 6 meses)	Sin datos
TFGe	Moderada	Alta	Muy lento (años)	Sí
Excreción urinaria de proteína	Alta	Moderada	Rápido (semanas o meses)	Moderado
GIM carotídeo	Muy baja	Baja	Lento (> 12 meses)	No
PWV	Alta	Baja	Rápido (semanas o meses)	Pocos datos
Índice tobillo-brazo	Baja	Moderada	Lento (> 12 meses)	Moderado

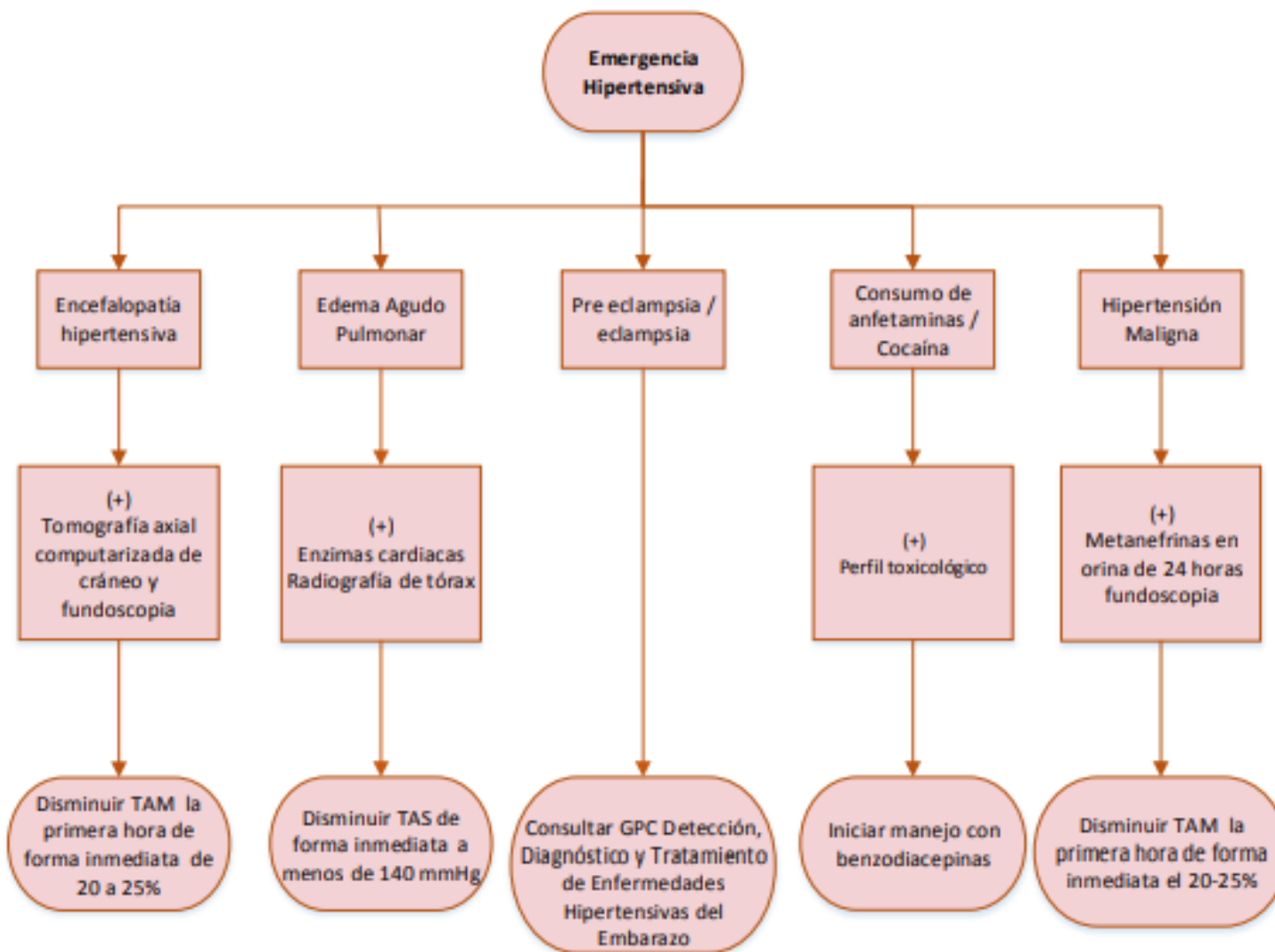
©ESC/JESH 2018

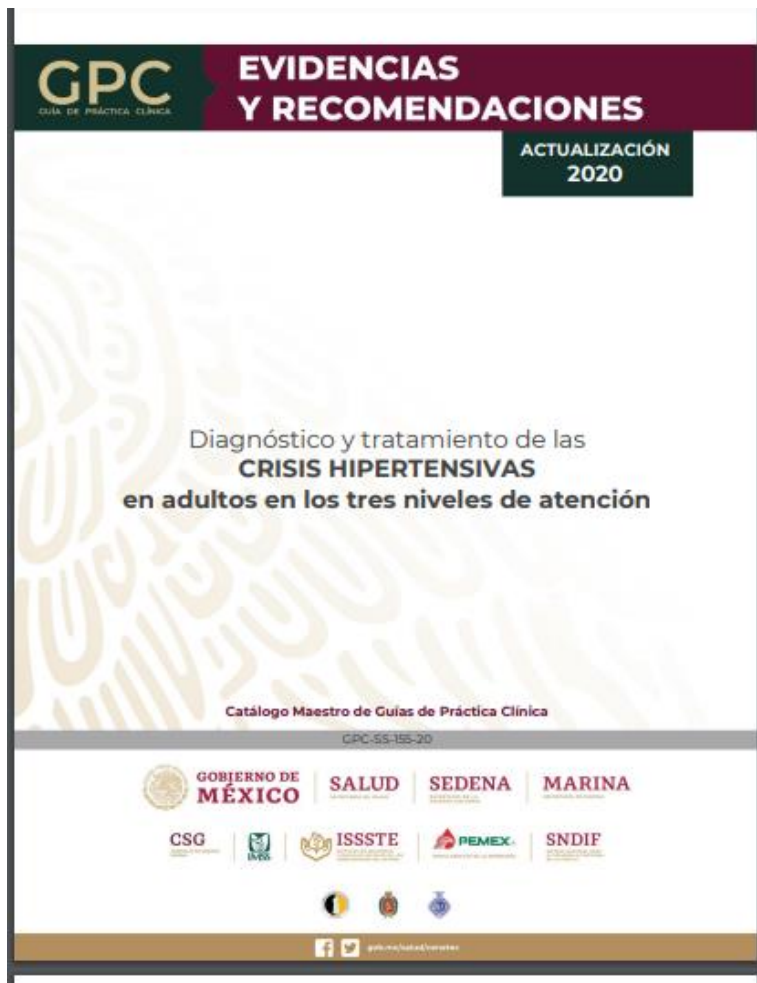
ECG: electrocardiograma; GIM: grosor intimomedial; HTA: hipertensión arterial; HVI: hipertrofia ventricular izquierda; PWV: velocidad de la onda de pulso; RMC: resonancia magnética cardiaca; TFGe: tasa de filtrado glomerular estimada.

Flujograma 2. Diagnóstico y tratamiento de las crisis hipertensivas 1



Flujograma 3. Diagnóstico y tratamiento de las crisis hipertensivas 2





Hypertension

Volume 75, Issue 6, June 2020; Pages 1334-1357
<https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.120.15026>



CLINICAL PRACTICE GUIDELINES

2020 International Society of Hypertension Global Hypertension Practice Guidelines

Thomas Unger, Claudio Borghi, Fadi Charchar, Nadia A. Khan, Neil R. Poulter, Dorairaj Prabhakaran, Agustin Ramirez, Markus Schlaich, George S. Stergiou, Maciej Tomaszewski, Richard D. Wainford, Bryan Williams, and Aletta E. Schutte

Abbreviations

ABI	ankle-brachial index
ABPM	ambulatory blood pressure monitoring
ACE	angiotensin converting enzyme
ARB	angiotensin AT-1 receptor blocker
ARNI	angiotensin receptor-neprilysin inhibitors
BMI	body mass index
BP	blood pressure

<http://www.cenetec-difusion.com/CMGPC/GPC-SS-155-20/ER.pdf>