



**UNIVERSIDAD DEL
SURESTE**



CITLALI ANAYANCI PALACIOS
COUTIÑO

MÉDICO RICARDO ACUÑA

ASIGNATURA: INTERCULTURALIDAD Y
SALUD

UNIDAD 3

RESUMEN “CRISIS HIPERTENSIVA E
INSUFICIENCIA CARDIACA”

2DO SEMESTRE

LICENCIATURA EN MEDICINA HUMANA

CRISIS HIPERTENSIVA

La guía para la prevención, detección, evaluación y tratamiento de la hipertensión arterial en adultos de la AHA 2017, refiere que no hay evidencia de ECAs que muestren que los fármacos antihipertensivos reducen la morbilidad o la mortalidad en pacientes con emergencia hipertensiva. Tampoco hay evidencia de ECAs de alta calidad para informar a los médicos sobre qué clase de medicamentos antihipertensivos de primera línea proporcionan más beneficios que daños en las emergencias hipertensivas. Debido a que la autorregulación de la perfusión tisular se altera en la emergencia hipertensiva, la infusión continua de agentes antihipertensivos titulables de corta duración a menudo es preferible para prevenir el daño adicional al órgano diana.



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

No hay pruebas de ECAs que comparen diferentes estrategias para reducir la tensión arterial (TA), excepto en pacientes con hemorragia intracerebral. Tampoco hay evidencia de ECAs que sugieran qué tan rápido o cuánto debe reducirse la TA en una emergencia hipertensiva. Sin embargo, la experiencia clínica indica que la reducción excesiva de la TA puede causar o contribuir a la isquemia renal, cerebral o coronaria, por lo que debe evitarse.

Se sugiere la disminución rápida de la TAS, generalmente <140 mm Hg en la primera hora de tratamiento en preeclampsia, eclampsia y feocromocitoma. los bloqueadores beta intravenosos son la terapia de elección; si estos están contraindicados, los BCC son una alternativa. Si la TA persiste alta, el nitroprusiato de sodio puede agregarse al tratamiento, pero debe evitarse su uso como monoterapia.

tratamiento de la hipertensión arterial en adultos de la AHA 2017 refiere que en pacientes con emergencia hipertensiva y disección aórtica aguda se requiere el descenso rápido de la TAS ≤ 120 mm Hg y que los fármacos preferidos para su manejo son el esmolol o el labetalol. Los betabloqueadores deben preceder a la administración de los vasodilatadores (como el nicardipino o el nitroprusiato de sodio), si es necesario para el control de la TA o para prevenir la taquicardia refleja o el efecto inotrópico; la TAS ≤ 120 mm Hg debe alcanzarse en 20 min.

Se sugiere utilizar como tratamiento de segunda línea al metoprolol, y si está contraindicado usar como alternativa a los BCC.

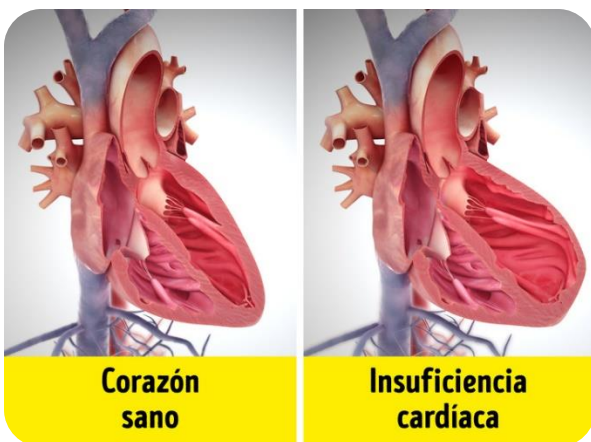
Crisis y Emergencia Hipertensiva. Que debemos hacer?
Definiciones

Urgencia	PA > 180/120, asintomático	Emergencia	PA ¿?/¿?
			Agudo
	Sin daño a órgano blanco	Daño a órgano blanco:	Encefalopatía Hemorragia retiniana Papiledema Insuficiencia Renal Aguda Edema Agudo Pulmonar Síndrome Coronario Agudo

Se sugiere en pacientes con emergencia hipertensiva e insuficiencia cardiaca aguda utilizar furosemda en bolo o en infusión. Se recomienda en pacientes con emergencia hipertensiva y EAP cardiogénico no utilizar betabloqueadores. Se sugiere en los pacientes con EVC isquémico agudo la ministración de labetalol.

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. Se sugiere que en pacientes con elevación de la TA por sospecha de consumo de metanfetaminas o intoxicación por cocaína iniciar tratamiento con benzodiacepinas.

INSUFICIENCIA CARDIACA



La insuficiencia cardiaca aguda se define como el inicio súbito de signos y síntomas relacionados con la presión tele diastólica del ventrículo izquierdo que condiciona disminución de la perfusión de órganos principales. Los perfiles hemodinámicos de nohria son muy útiles debido a que permiten clasificar al paciente con ICA de acuerdo a signos de congestión y perfusión.

Dentro de los factores más frecuentes que condicionan el riesgo de la ICA están los síndromes coronarios agudos y las complicaciones mecánicas asociadas, fibrilación auricular,

taquicardia ventricular, emergencia hipertensiva, endocarditis, embolismo pulmonar, por mencionar algunos.

Dentro de los fármacos más empleados se encuentran aquellos que disminuyen la presión tele diastólica del ventrículo izquierdo, la congestión pulmonar y los que mejoran la contractilidad miocárdica.

Clasificación hemodinámicos de nohria:

Perfil A: seco y caliente (sin cogestión o hipoperfusión)

Perfil B: húmedo y caliente (solo con congestión)

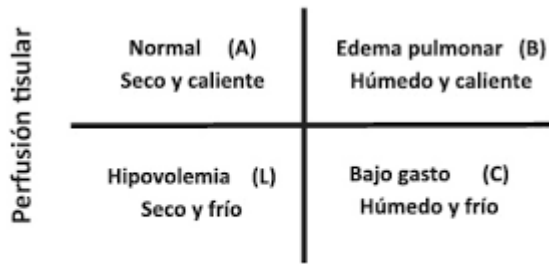


Figura 4. Clasificación de Stevenson de la falla cardíaca aguda

Perfil C: húmedo y frío (con congestión e hipoperfusión)

Perfil L: seco y frío (solo con hipoperfusión)

En pacientes con ICA no se recomienda el uso rutinario de monitoreo hemodinámico por medio de cateterización de la arteria pulmonar; se sugiere el uso de monitoreo no invasivo.

En pacientes con ICA no se recomienda el uso de opiáceos de manera rutinaria. En pacientes con ICA congestiva se sugiere administrar diuréticos ya sea en bolo o en infusión continua.

En caso de resistencia a los diuréticos se sugiere considerar el uso de la ultrafiltración.

No se recomienda el uso rutinario de vasodilatadores en pacientes con ICA.

En pacientes con ICA y choque cardiogénico se sugiere iniciar tratamiento con vasopresor o inotrópico.

Cuadro 1. Síntomas y signos de insuficiencia cardíaca aguda

Síntomas	Signos
Típicos	Específicos
Dificultad respiratoria	Presión venosa yugular elevada
Ortopnea	Tercer sonido cardíaco (ritmo de galope)
Disnea paroxística nocturna	Impulso apical desplazado lateralmente
Tolerancia reducida al ejercicio	Reflujo hepatoyugular
Fatiga, cansancio, aumento del tiempo de recuperación después del ejercicio	
Atípicos	Inespecíficos
Tos nocturna	Aumento de peso (>2 kg/semana)
Sibilancias	Pérdida de peso (en falla cardíaca avanzada)
Sensación de hinchazón	Consumo de tejidos (caquexia)
Pérdida de apetito	Murmulo cardíaco
Confusión (especialmente en ancianos)	Edema periférico (tobillo, sacro, escrotal)
Depresión	Crepitaciones pulmonares
Palpitaciones	Reducción de la entrada de aire y percusión mate en las bases pulmonares (derrame pleural)
Mareo	Taquicardia
Síncope	Pulso irregular
Bendopnea	Taquipnea
	Respiración de Cheeayne Stokes
	Hepatomegalia
	Ascitis
	Extremidades frías
	Oliguria
	Presión de pulso estrecha

BIBLIOGRAFIA

Guía de práctica clínica diagnóstico y tratamiento de insuficiencia cardiaca aguda en pacientes adultos actualización 2018