



**UNIVERSIDAD DEL SURESTE  
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA.**

**Nombre del Estudiante:**  
Corazón de Jesús Ugarte Venegas.

**Catedrático:**  
Dr. Ricardo Acuña de Saz.

**Asignatura:**  
Interculturalidad II.

**Evidencia/Actividad:**  
Resumen Crisis Hipertensiva e Insu. Cardíaca.

**Semestre:**  
Segundo Semestre, Unidad 3, Grupo 2° "C".

## **Crisis Hipertensiva:**

Es inevitable el aumento de los pacientes con Hipertensión Arterial Sistémica (HAS), de estos un porcentaje desarrollaran crisis hipertensivas en algún momento de su vida. Se pueden desarrollar crisis hipertensivas en pacientes con o sin hipertensión crónica preexistente y la prevalencia refleja la distribución de la hipertensión esencial en la población general, dado que esta se le atribuye más a la edad que a factores externos, con los hombres afroamericanos y los ancianos como los grupos más comúnmente afectados.

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

**Se sugiere la disminución rápida de la TAS, generalmente <140 mm Hg en la primera hora de tratamiento en preeclampsia, eclampsia y feocromocitoma**

**Se sugiere en pacientes con emergencia hipertensiva y disección aórtica aguda** el descenso rápido de la TAS  $\leq 120$  mm Hg y de la FC  $< 60$  lpm, en un periodo de 20 min. 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.

Se sugiere que los betabloqueadores precedan la ministración de vasodilatadores como el nitroprusiato de sodio o la nitroglicerina.

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

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

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

Se recomienda en pacientes con emergencia hipertensiva y EAP cardiogénico **no utilizar betabloqueadores.**

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**

Se recomienda en pacientes con **EVC isquémico con emergencia hipertensiva** la ministración de antihipertensivos.

Se sugiere en los pacientes con EVC isquémico agudo la ministración de **labetalol.**

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.

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 pacientes con EVC hemorrágico agudo disminuir de manera cuidadosa la TAS  $< 180$  mmHg. 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.

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 no utilizar BB en pacientes con:

- Evento coronario agudo e insuficiencia del ventrículo izquierdo moderada a grave
- Bradicardia
- Bloqueo cardiaco de segundo o tercer grado
- Enfermedad reactiva de vías aéreas

Se sugiere que en pacientes con elevación de la TA por sospecha de **consumo de metanfetaminas** o intoxicación por cocaína iniciar tratamiento con **benzodiacepinas**. Se sugiere que en caso de que se requiera de tratamiento adicional para disminuir la TA se inicie **nitroprusiato de sodio**.

Se sugiere que los pacientes con **urgencia hipertensiva** la reducción de la TA sea de manera ambulatoria, esto se puede lograr con la medicación oral.

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

Se sugiere en pacientes con **hipertensión perioperatoria, con TA  $\geq$ 160/90 o con TAS  $\geq$ 20% de la TAS basal, que persista por más de 15 minutos** usar **esmolol o nitroglicerina**. Se sugiere en pacientes programados para cirugía mayor electiva con TAS  $\geq$ 180 mm Hg o TAD  $\geq$ 110 mm Hg, diferir el procedimiento.

ESTUDIOS AUXILIARES: • Hemoglobina • Hematocrito • Glucosa plasmática en ayuno • Hemoglobina glucosilada • Colesterol y triglicéridos • Potasio y sodio • Análisis de orina • Creatinina • Tasa de filtración glomerular • Ácido úrico • Electrocardiograma.

**FUENTE:** Guía de Práctica Clínica. Diagnóstico y Tratamiento Farmacológico de la Diabetes Mellitus Tipo 2 en el primer nivel de atención, 2018.

**Insuficiencia Cardíaca Aguda.**

Se define como el inicio súbito de signos y síntomas relacionados con el aumento de la presión **Telediastólica** del ventrículo izquierdo, que condiciona la perfusión de los órganos principales.

La ICA puede presentarse por primera vez o como exacerbación de la Insuficiencia cardiaca crónica (ICC). Los perfiles hemodinámicos de Nohria son muy útiles, debido a que permite clasificar al px con ICA de acuerdo a los signos de **congestión y perfusión**.

Los factores mas frecuentes que condicionan riesgo de ICA son los sx coronarios agudos y las complicaciones mecánicas asociadas, fibrilación auricular, taquicardia ventricular, emergencia hipertensiva, endocarditis, embolismo pulmonar.

El tto de la ICA debe de estar enfocado en resolver la causa subyacente; fármacos mas empleados son aquellos que disminuyen la presión telediastolica del ventrículo izquierdo, la congestión pulmonar y los que mejoran la contractilidad miocárdica.

Se recomienda medir el **péptido natriurético cerebral (BNP o oro-BNP)** en los px con sospecha de ICA; los valores de BNP menores de 100pg/ml o pro-BNP menor de 300pg/ml **Descartan ICA**.

En el px adulto con sospecha de ICA y elevación del BNP mayor a 100pg/ml o pro-BNP mayor a 300pg/ml, se sugiere realizar **Ecocardiograma transtorácico** tan pronto como sea posible para tratar de identificar alteraciones estructurales.

Los signos y síntomas de ICA.

**Tipicos:** Disnea, Disnea paroxística nocturna, Ortopnea, Fatiga.

**Especificos:** Presion venosa yugular elevada, 3er sonido cardiaco, Impulso apical desplazado lateralmente, Reflujo Hepato Yugular.

**Datos de Choque:** TAS menor o igual a 90mmHg. FC menor 40 o mayor a 120 lpm. Lactato mayor 2mmol/L.

Clasificación de perfiles hemodinámicos **Nohria**.

Perfil A: Seco y caliente. (sin congestión o hipoperfusión)

Perfil B: Húmedo y caliente (solo congestión)

Perfil C: Húmedo y frio (con congestión e hipoperfusión)

Perfil L: Seco y frio (solo con hipoperfusión).

No se recomienda el uso rutinario de monitoreo hemodinámico por medio de caterizacion de la arteria pulmonar.

En px con ICA no se recomienda el uso de Opiáceos de manera rutinaria.

En congestión pulmonar se sugiere adm diuréticos, ya sea en bolo o en infusión continua.

Cuando hay tto previo con diuretiucos se incrementa la dosis hasta 2.5 en comparación con la dosis previa.

Cuando no hay tto previo: **furosemida 1mg/kg** como dosis inicial y ajuste de dosis de mantenimiento de acuerdo a la respuesta hemodinámica del px, sin sobrepasae 6mg/kg/dia.

Cuando hay resistencia los diuréticos, se sugiere considerar el uso de ultrafiltración.

No se recomienda el uso rutinario de vasodilatadores en px con ICA, solo con precaución, en comorbilidades como lo son, isquemia miocárdica, insu.aortica o insu.mitrial.

En px con **ICA y Choque Cardiogenico** se sugiere iniciar tto con **vasopresor o inotrópico**.

los px con ICA que presentan congestión pulmonar o Acidemia. Sin alteración del estado de alerta (estupor o disminución de la escala de coma de glaslow) se debe iniciar manejo con ventilación no invasiva (CPAP o BiPAP).

El manejo de ventilación invasivo en choque cardiogénico con deterioro neurológico (estupor o disminución de la escala de coma de Glaslow) o en insuficiencia respiratoria.

En px con choque cardiogénico refractivo a tto farmacologico potencialmente reversible o candidatos a transplante cardiaco,se sugiere ser manejados en una unidad de 3er nivel o de alta especialidad para que sean evaluados por cardiología y considerar el uso de **balón de contrapulsación intra aortico o del dispositivo de asistencia ventricular izquierda**.

**FUENTE:** Guia de Practica Clinica. Diagnostico y Tratamiento de Insuficiencia Cardiaca Aguda en pacientes Adultos, 2018.