



Mi Universidad

Resumen

Nombre del Alumno: Ailyn Yamili Antonio Gómez

Nombre del tema: crisis hipertensiva e insuficiencia cardiaca

Parcial: 3°

Nombre de la Materia: interculturalidad II

Nombre del profesor: Ricardo Acuña de Zas.

Nombre de la Licenciatura: medicina humana

Semestre: 2°

Crisis hipertensiva

El término crisis hipertensiva hace referencia a la elevación presumiblemente aguda y grave de la presión arterial, ya que va de la mano de la hipertensión, esta es una enfermedad crónica considerada un problema en la salud pública, y una de sus formas de presentación es la crisis hipertensiva, probablemente del 1 al 2% de los pacientes que sufren hipertensión arterial crónica sufrirán una crisis hipertensiva, prevalentemente en mayores de 60 años, aunque también puede presentarse en jóvenes, esto se debe a los estilos de vida como pueden ser el sedentarismo, la obesidad, tabaquismo, alcoholismo entre otros factores; ahora bien como tal la crisis hipertensiva puede definirse como la elevación grave de la presión arterial, como cifras de presión arterial sistólica $> 120\text{mmHg}$, y/o presión arterial diastólica $>120\text{mmHg}$ con ausencia o presencia de daño a órgano blanco, esta se puede clasificar en dos como:

Urgencias hipertensivas que hace referencia a la elevación grave de la presión arterial sin evidenciarse daño a órgano blanco, pueden existir síntomas no graves como (ansiedad, cefalea sin signo de alarma, epistaxis, disnea leve, requiere descenso progresivo hasta $160/110\text{ mmHg}$ en 24-48 h con tratamiento oral y control ambulatorio. Evitar hipotensión brusca que provoque isquemia coronaria, cerebral o renal.

Emergencia hipertensiva: es la elevación grave de la presión arterial con evidencia de daño a órgano blanco (cerebro, corazón, riñón) severa asociada a lesión aguda o progresiva de los órganos diana que puede ser irreversible y de mal pronóstico vital (como cambios neurológicos graves, encefalopatía hipertensiva, infarto cerebral, hemorragia intracraneal, insuficiencia aguda del VI, edema pulmonar agudo, disección aórtica, insuficiencia renal o eclampsia). Requiere una reducción inmediata (en no más de 1 hora) de la TA con tratamiento parenteral.

Falsas Urgencias Hipertensivas: son elevaciones tensionales producidas en su mayor parte por estados de ansiedad, patologías provocadas por dolor etc, y que no conllevan daño en órganos diana. Por lo general no precisan de tratamiento.

Los tipos de daño a órgano blanco pueden ser en cerebro como: convulsiones, ACV isquémico, ACV hemorrágico, encefalopatía hipertensiva, leuco encefalopatía posterior reversible; en corazón pueden haber edema agudo de pulmón, insuficiencia cardiaca aguda, síndrome coronario agudo, en vasos sanguíneos puede haber disección aórtica, anemia hemolítica macroangiopatía, en riñón puede haber lesión renal aguda, en la retina

puede ser papiledema, edema de retina, hemorragia de retina y en útero puede ser eclampsia. Los pacientes que hacen crisis hipertensivas normalmente tienen ciertos factores desencadenantes, como lo pueden ser endocrinopatías (feocromocitoma), poca adherencia al tratamiento, injuria cerebral, suspensión de antihipertensivos, simpaticomiméticos (cocaína, anfetaminas). 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. Se sugiere en pacientes con emergencia hipertensiva e insuficiencia cardíaca aguda utilizar furosemida 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 isosorbida. Se sugiere que en pacientes con elevación de la TA por sospecha de consumo de metanfetaminas o intoxicación por cocaína iniciar tratamiento con benzodiazepinas.

Insuficiencia cardíaca

La GPC ha sido desarrollada para generar recomendaciones sobre el tratamiento de la insuficiencia cardíaca crónica (ICC), su objetivo general es proporcionar a los agentes encargados de la asistencia y cuidados de este tipo de pacientes, una herramienta que les permita tomar las mejores decisiones sobre algunos de los problemas que ocasionan su atención y que no han sido resueltos. También se plantean como objetivos: facilitar información relevante a los profesionales a fin de que disminuya la variabilidad en la atención a pacientes y facilitar información a los pacientes, cuidadores y familiares, pero sobre todo el tratamiento adecuado en situaciones. La insuficiencia cardíaca aguda se define como el inicio súbito de signos y síntomas relacionados con la presión telediastólica 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, entre otros, en el tratamiento 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), Perfil C: húmedo y frio (con congestión e hipoperfusión) Perfil L: seco y frio (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.

Bibliografía

Guía de práctica clínica crisis hipertensiva.

Guía de práctica clínica insuficiencia cardiaca.