

GOBIERNO FEDERAL



SALUD

SEDENA

SEMAR

Guía de Práctica Clínica **GPC**

**ACTUALIZACIÓN
2012**

Diagnóstico y tratamiento de las
CRISIS HIPERTENSIVAS
en Adultos en los Tres Niveles de Atención

Guía de Referencia Rápida
Catálogo Maestro de GPC: **SS-15508**

CONSEJO DE
SALUBRIDAD GENERAL



Vivir Mejor

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| 1. CLASIFICACIÓN DE LAS CRISIS HIPERTENSIVAS | 3 |
| 2. DEFINICIÓN Y CONTEXTO DE LAS CRISIS HIPERTENSIVAS | 4 |
| 3. HISTORIA NATURAL DE LAS CRISIS HIPERTENSIVAS | 5 |
| 4. DIAGRAMAS DE FLUJO..... | 12 |

1. CLASIFICACIÓN DE LAS CRISIS HIPERTENSIVAS

GPC: DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS CRISIS HIPERTENSIVAS EN ADULTOS EN
LOS TRES NIVELES DE ATENCIÓN

CIE-10: I10-I15 ENFERMEDADES HIPERTENSIVAS

2. DEFINICIÓN Y CONTEXTO DE LAS CRISIS HIPERTENSIVAS

DEFINICIÓN

Crisis hipertensiva

Las crisis hipertensivas se definen arbitrariamente como una elevación grave de la presión arterial, generalmente considerada de la cifra diastólica >120 mm Hg y sistólica >180 mm Hg. Se clasifican en:

Emergencia hipertensiva

Implican un estado de mayor gravedad y peor pronóstico por la presencia de daño agudo a un órgano blanco (**Cuadro 1**).

Urgencia hipertensiva

Es aquella elevación de hipertensión arterial, que en general se presenta en pacientes con hipertensión crónica previamente diagnosticada, con daño crónico a algún órgano diana, pero no se encuentra relación alguna con daño agudo (**Cuadro 2**).

CONTEXTO

La hipertensión arterial es una de las condiciones patológicas que más aquejan a la población mexicana en un promedio nacional de 30.05%, y que afectan alrededor de 1 billón de personas a nivel mundial y causan alrededor de 7.1 millones de muertes por año. La hipertensión arterial aumenta de forma independiente el riesgo a eventos vasculares cerebrales, infartos agudos de miocardio, así como enfermedad renal crónica terminal, falla cardíaca y enfermedad arterial periférica. Aproximadamente 1% de los pacientes hipertensos va a presentar algún tipo de crisis hipertensiva; de éstos, 76% constituirán urgencia hipertensiva, y 24%, emergencia.

3. HISTORIA NATURAL DE LAS CRISIS HIPERTENSIVAS

PROMOCIÓN

Modificación del estilo de vida

Los cambios en el estilo de vida se deben poner en práctica por todos los pacientes hipertensos, ya que estas medidas pueden reducir la presión arterial, el número y dosis de los fármacos, y pueden afectar favorablemente al riesgo cardiovascular total.

Se debe recomendar el abandono del tabaco, del alcohol, la reducción de peso, la realización de actividad física, la reducción de la ingesta de sal y de grasas saturadas, y aumento en el consumo de frutas y verduras.

Factores de riesgo

El control inadecuado de la presión arterial, basado en las mediciones ambulatorias de la presión arterial sistólica, es un factor de riesgo independiente de emergencia hipertensiva.

Deberán identificarse los factores que pueden favorecer hipertensión resistente al tratamiento -y, eventualmente, un evento de emergencia hipertensiva-, como: edad avanzada, sexo femenino, obesidad, presencia de cardiopatía hipertensiva, consumo de sal, diabetes mellitus, apnea obstructiva del sueño, enfermedad renal crónica, causas adrenales.

Los modelos multifactoriales de evaluación de riesgo relativo a 10 años pueden ser utilizados para predecir con mayor precisión a una persona de riesgo cardiovascular global elevado.

DIAGNÓSTICO

Historia clínica y exploración física

Se debe evaluar rápidamente la presencia de síntomas relacionados con elevaciones graves de la presión arterial, particularmente los que indican lesión orgánica inminente o continua (**Cuadro 2**).

La exploración física debe comenzar con varias determinaciones de la presión arterial, utilizando un manguito del tamaño adecuado en las dos extremidades superiores y en una extremidad inferior, si los pulsos periféricos están muy reducidos.

La exploración cardiovascular se debe centrar en signos de descompensación ventricular izquierda, como: estertores crepitantes, un nuevo soplo de insuficiencia mitral o aórtica o un ritmo de galope con tercer ruido cardíaco. Incluye también el registro de presión arterial en ambas extremidades superiores, particularmente si la disección de la aorta se encuentra en el diagnóstico diferencial inicial.

Se recomienda una evaluación integral por aparatos y sistemas para determinar el órgano blanco afectado (**Algoritmo 1**).

Estudios de laboratorio y gabinete

Los estudios iniciales recomendados incluyen biometría hemática completa, panel de bioquímica, análisis de orina, ECG y estudios de imagen, cuando proceda.

Los estudios posteriores, habitualmente en un momento en el que ya se ha estabilizado al paciente, se emplean para detectar causas secundarias, cuando proceda.

TRATAMIENTO

Tratamiento general

La evaluación inicial del paciente con crisis hipertensiva es fundamental para determinar la existencia de daño a órgano blanco. Una vez identificado el paciente con daño agudo por hipertensión, deberá iniciarse un manejo agresivo de control de la presión arterial.

Considerando que está en riesgo la vida del paciente si no se realiza el control de la presión arterial, la única manera de limitar el daño a órgano blanco es el adecuado control de las cifras de presión arterial, que implica el manejo farmacológico apropiado y una paulatina disminución de la presión arterial.

El objetivo inicial del tratamiento de las emergencias hipertensivas es la reducción controlada y progresiva de la presión arterial, con el objetivo de lograr la reducción del 20% al 25% de la presión arterial media durante un período de varios minutos hasta 1 hora.

El tratamiento con fármacos parenterales se debe administrar en una UTI, para controlar la lesión orgánica a la vez que se minimiza el riesgo de hipoperfusión de los lechos cerebral, coronario y renovascular. Los fármacos que se utilizan con mayor frecuencia son nitroprusiato de sodio, nitroglicerina, labetalol, esmolol, nicardipino, fentolamina, fenoldopam, entre otros.

Las urgencias hipertensivas, pueden tratarse adecuadamente con cualquier antihipertensivo por vía oral, con inicio de acción relativamente rápido. Se incluyen los diuréticos de asa, los betabloqueadores, los inhibidores de la enzima convertidora de angiotensina (IECA), los agonistas de los receptores de angiotensina 2 y los antagonistas del calcio.

TRATAMIENTO

Tratamiento específico

a) Encefalopatía hipertensiva

El nitroprusiato es el fármaco de elección para tratar la encefalopatía hipertensiva. Las infusiones de nitroprusiato de 0.3 mg/kg/minuto se titulan en minuto hasta 10 mcg/kg/minuto para alcanzar la cifra tensional adecuada.

b) Eventos cerebrovasculares

Los fármacos que son fácilmente escalables, con inicio de acción inmediato, con mínimo efecto en los vasos sanguíneos cerebrales, y con baja probabilidad de producir descenso abrupto en la presión arterial son los que se deben utilizar.

c) Hemorragia intracerebral y subaracnoidea

Se recomienda la reducción de la presión sanguínea para mantener la presión arterial media a menos de 130 mm Hg en pacientes con un historial de hipertensión.

d) Infarto agudo de miocardio

La nitroglicerina es el mejor agente en las crisis hipertensivas que se complican con la enfermedad de corazón isquémico y tras coronaria *bypass*.

e) Edema agudo pulmonar y falla ventricular izquierda

La elevación súbita de la presión arterial sistémica frecuentemente precipita la aparición de edema agudo de pulmón, no necesariamente acompañado de insuficiencia cardíaca sistólica. El tratamiento de elección en esta condición es con nitroprusiato de sodio y diuréticos de asa, que reducen tanto la precarga como la poscarga.

TRATAMIENTO

Tratamiento específico

f) Disección aórtica

La combinación de un agente antagonista adrenérgico y un vasodilatador es el tratamiento aceptado. El esmolol y metoprolol son los antagonistas adrenérgicos de elección. El vasodilatador de elección es el nitroprusiato de sodio.

g) Pacientes con enfermedad coronaria e insuficiencia cardíaca

En la enfermedad coronaria significativa se debe evitar la disminución de la presión arterial diastólica por debajo de 80 mm Hg.

Las tiazidas y los IECA son fármacos de primera línea para el tratamiento de hipertensión en pacientes con enfermedad arterial coronaria, excepto en casos en los cuales los betabloqueadores están indicados por angina o control de arritmias.

h) Feocromocitoma

Si se sospecha fuertemente feocromocitoma, el paciente debe ser referido a un centro especializado, si el test bioquímico es positivo.

i) Hipertensión arterial aguda por drogas y medicamentos

Cuando es posible, se suspende el uso de la sustancia causante de la hipertensión.

Se pueden hacer ajustes en la terapia médica si los medicamentos actuales están causando hipertensión, y si la suspensión de estos medicamentos no es aconsejable.

Cuadro 1. Clasificación de crisis hipertensivas

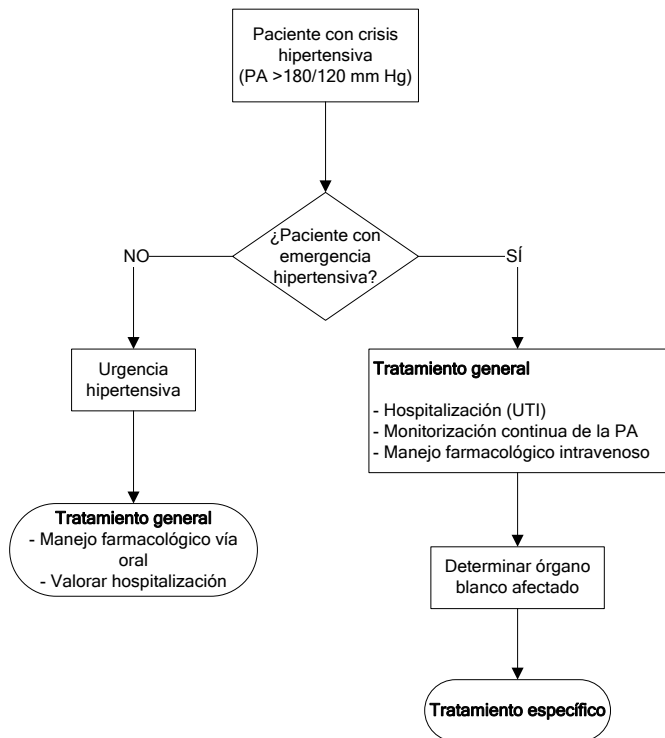
| | |
|---------------------------|---|
| <p>Emergencias</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Encefalopatía hipertensiva • Ictus (hemorrágico o isquémico) asociado a hipertensión • Insuficiencia cardíaca congestiva y edema agudo pulmonar asociado a hipertensión • Cardiopatía isquémica sintomática • Aneurisma disecante de aorta • Eclampsia • Hemorragia importante • Traumatismo craneoencefálico • Posoperatorio de cirugía con suturas vasculares • Elevación de catecolaminas (feocromocitoma, suspensión brusca de clonidina, entre otros) • Retinopatía hipertensiva grave • Feocromocitoma • IRA e hipertensión |
| <p>Urgencias</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión esencial no complicada grave • Hipertensión secundaria no complicada grave • Hipertensión asociada a epistaxis grave • Interrupción del tratamiento antihipertensivo previo • Hipertensión de rebote, interrupción súbita de clonidina • Hipertensión inducida por fármacos • Hipertensión posoperatoria |

Cuadro 2. Hallazgos frecuentes en la exploración física en pacientes con crisis hipertensivas

| | |
|--------------------------|---|
| Presión arterial (mm Hg) | Usualmente >220/140 |
| Fondo de ojo | Hemorragia, exudado, papiledema |
| Neurológico | Cefalea, confusión, somnolencia, estupor, pérdida visual, convulsiones, déficit neurológico focal, coma |
| Cardiovascular | Choque de la punta prominente, congestión pulmonar, estertores crepitantes, taquicardia, taquipnea |
| Renal | Elevación de azoados, proteinuria, oliguria |
| Gastrointestinal | Náusea, vómito |

4. DIAGRAMAS DE FLUJO

Algoritmo 1. Evaluación inicial del paciente con crisis hipertensivas



Avenida Paseo de La Reforma #450, piso 13,
Colonia Juárez, Delegación Cuauhtémoc, CP 06600, México, D. F.
www.cenetec.salud.gob.mx

Publicado por CENETEC
© Copyright CENETEC

Editor General
Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud

ISBN: En trámite