GOBIERNO DE MÉXICO

SALUD
SECRETARÍA DE SALUD

SEDENA
SECRETARÍA DE LA DEFENSA NACIONAL

SEMAR
SECRETARÍA DE MARINA

ALGORITMOS DE ATENCIÓN CLÍNICA

Plan Estratégico Sectorial para la Implementación de Guías de Práctica Clínica

PEMEX

IMSS

ISSSTE
INSTITUTO DE SEGURIDAD Y SERVICIOS SOCIALES DE LOS TRABAJADORES DEL ESTADO

SNDIF

Algoritmos de Atención Clínica

Plan Estratégico Sectorial para la Difusión e Implementación de Guías de Práctica Clínica

HIPERTENSIÓN

arterial sistémica

Se agradece la colaboración para el desarrollo de este material a:

INSTITUTO NACIONAL DE CARDIOLOGÍA IGNACIO CHÁVEZ

Organización Panamericana de la Salud

Organización Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Hipertensión Arterial Sistémica

mayores de 18 años

Adopción de un estilo de vida saludable

REFORZAR

- Mantener un IMC entre 18.5 y 24.9 kg/m^2
- Actividad física aeróbica, al menos 30 minutos por 3 días a la semana
- Alimentación saludable (consumo de frutas y vegetales; baja en grasas saturadas, sal y café)
- Limitar consumo de alcohol
- Suspensión del hábito tabáquico

Detección

A todos los pacientes

- Investigar antecedentes f amiliares de hipertensión arterial sistémica y enfermedades cardiovasculares
- Escrutinio de hipertensión arterial s istémica durante la consulta

<120/ <80 mmHg	120–139/ 80–89 mmHg	140–159/ 90–99 mmHg	>160/ >100 mmHg
Normal	Prehipertensión	Hipertensión Arterial grado 1	Hipertensión Arterial grado 2

Volver a medir TA en la siguiente consulta (1 mes)

Medición de TA en casa (si es posible realizar una bitácora con instrumento validado*)

Diagnóstico

TA >140/90 mmHg

- En > 60 años TA >150/90 mmHg

NO → REFORZAR

SÍ

Integrar Diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica

***Instrumento validado:**
esfigmomanómetro aneroide, mercurial o digital debidamente calibrado

Procedimiento para la medición de presión arterial

- Realizar de preferencia las mediciones con esfigmomanómetro aneroide o mercurial
- Reposo de 5 – 30 minutos si la persona ha realizado ejercicio intenso, ha tenido estrés, ha consumido alcohol o ha fumado
- Vaciar vejiga
- Realizar la medición en un lugar tranquilo, con el paciente sentado, su brazo apoyado sobre una mesa, a la altura del corazón y con la palma hacia arriba
- Tomar al menos dos mediciones de presión arterial, dejando 1-2 minutos entre medición
- El brazalete debe ser colocado alrededor del brazo con su manguito centrado en la parte anterior del brazo
- El borde inferior del manguito debe estar 2-3 cm por encima del pliegue del codo
- Si se emplea el método auscultatorio, utilizar los ruidos de Korotkoff de fase I (aparición) y V (desaparición) para identificar la presión sistólica y diastólica

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Hipertersión Arterial Sistémica

mayores de 18 años

Protocolo de estudio

Integrar Diagnóstico de Hipertensión Arterial Sistémica

Historia clínica detallada:

- Identificar factores de riesgo
- Identificar datos sugerentes de hipertensión secundaria
- Identificar efecto adverso farmacológico
  1.- AINES
  2.- Corticoides
  3.- Simpaticomiméticos
- Identificar factores que puedan favorecer una crisis hipertensiva

1.- Edad avanzada
2.- Dolor
3.- Sexo femenino
4.- Obesidad
5.- Cardiopatía
6.- Diabetes mellitus
7.- Apnea obstructiva del sueño
8.- Enfermedad renal crónica
9.- Enfermedad coronaria

Exploración física:

- Búsqueda de soplos
- Daño a órgano blanco

Estudios de laboratorio/gabinete:

- Biometría hemática
- Química sanguínea
- Electrolitos séricos
- Ácido úrico
- Perfil de lípidos
- Examen General de Orina
- Depuración de creatinina en orina de 24 horas
- Electrocardiograma (si se cuenta con equipo)

1 Estratificar riesgo cardiovascular con escala **SCORE**

Tratamiento

No Farmacológico

2
- **Alimentación: evitar consumir alimentos industrializados y evitar añadir sal adicional a los alimentos (lista de alimentos a evitar)**
- Limitar el consumo de alcohol (<2 copas al día)
- Actividad física aeróbica: al menos 30 minutos de 5 a 7 días por semana
- Suspender hábito tabáquico
- Adecuado control de estrés (técnicas de relajación)
- Mantener IMC <25 kg/m²

REFORZAR

Farmacológico

- Ver cuadro de tratamiento antihipertensivo

Tratamiento en situaciones especiales

- Ver cuadro de tratamiento en situaciones especiales

Vigilancia

Después de iniciar tratamiento farmacológico citar nuevamente en **2-4 semanas** para valorar respuesta y reacciones adversas (Meta < 140/90, sin signos ni síntomas)

Respuesta favorable

SÍ → **Continuar tratamiento y vigilancia periódica**

NO → AJUSTAR

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Hipertersión Arterial Sistémica

mayores de 18 años

Tratamiento farmacológico: paciente hipertenso sin comorbilidades

	Menores de 55 años	Mayores de 55 años
1° Línea	**IECA:** • Enalapril: 10 mg/24 h o • Captopril: 50mg/24 h	**Bloqueador de Canal de Calcio:** • Amlodipino 5 mg/24 h o **Diurético tiazídico:** • Hidroclorotiazida 12.5 mg/12 h o • Clortalidona 25 mg/24 h
2° Línea	**IECA:** Enalapril 10 mg/24 h o Captopril 50mg/24 h + **Bloqueador de Canal de Calcio:** Amlodipino 5 mg/24 h o **IECA:** Enalapril 10 mg/24 h o Captopril 50mg/24 h + **Diurético tiazídico:** Hidroclorotiazida 12.5 mg/12 h o Clortalidona 25 mg/24 h	
3° Línea	**IECA:** Enalapril 10 mg/24 h o Captopril 50mg/24 h + **Bloqueador de Canal de Calcio:** Amlodipino 5 mg/24 h + **Diurético tiazídico:** Hidroclorotiazida 12.5 mg/12 h o Clortalidona 25 mg/24 h	
4° Línea	**Añadir al tratamiento previo** • Diurético • Alfa Bloqueador • Beta bloqueador → Referencia a 2° nivel de atención	

Educación al paciente
Explicar y orientar a los pacientes en: Dosis / Horarios / Vía de administración / Efectos secundarios

Las dosis señaladas son iniciales, individualizar terapéutica de acuerdo al contexto clínico y respuesta

Tratamiento farmacológico: en situaciones especiales

Paciente anciano
Metas en mayores de 75 años:
• PAS: 140-150 mmHg
• PAD: < 90 mmHg

→ Iniciar tratamiento cuando la presión sistólica sea > 150 mmHg

Individualizar tratamiento de acuerdo al contexto clínico del paciente.
• Se sugiere iniciar con calcio-antagonistas (Amlodipino 5mg/24 h)
• En caso de no respuesta, referir a 2° nivel de atención

Comorbilidad:
Diabetes Mellitus

→ Ver algoritmo de DM

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Hipertensión Arterial Sistémica

mayores de 18 años

Comorbilidad: Cardiopatías

Individualizar tratamiento, se recomienda:

- Angina estable: usar beta bloqueadores (Metoprolol: 50 mg/12 h) o calcio-antagonistas (Amlodipino 5mg/24 h) como terapia inicial
- Infarto reciente: usar betabloqueadores (Metoprolol 50 mg/12 h)
- Insuficiencia cardiaca: usar IECA (Enalapril 10mg/24 h) o betabloqueadores (Metoprolol 50 mg/12 h)

Comorbilidad: Nefropatía

Individualizar tratamiento, se recomienda:

- Insuficiencia renal no asociada a DM2: IECA (Enalapril 10mg/24 h)
- Nefropatía diabética:

1.- IECA (Enalapril 10mg/24 h) o ARA II (Losartán 50mg/24 h)
2.- Calcio-antagonistas (Amlodipino 5mg/24 h) - Diuréticos de asa (furosemida 40 mg/8 h)
3.- Diuréticos de asa (furosemida 40 mg/8 h)

las dosis señaladas son iniciales, individualizar terapéutica de acuerdo al contexto clínico y respuesta

En caso de no respuesta a dosis máximas referir a segundo nivel

Manejo de crisis hipertensivas (>180/120 mmHg)

Evaluación

1.- **Presión arterial:** medir inicialmente cada 5 minutos
2.- **Fondo de ojo:** hemorragia, exudado, papiledema
3.- **Neurológico:** cefalea, confusión, somnolencia, estupor, pérdida visual, convulsiones, déficit neurológico focal, coma.
4.- **Cardiovascular:** choque de la punta prominente, congestión pulmonar, estertores crepitantes, soplo de insuficiencia mitral o aórtica, taquicardia, taquipnea
5.- **Renal:** oliguria
6.- **Gastrointestinal:** nausea, vómito

¿Existe daño a órgano blanco?

NO → Urgencia hipertensiva

Tratamiento farmacológico

Abordaje diagnóstico. Simultáneo al tratamiento

1.-Biometría hemática completa
2.-Química sanguínea
3.-Examen general de orina
4.-Electrocardiograma
5.-Estudios de imagen (si aplica)

Evitar reducción súbita de la TA

SÍ → Emergencia hipertensiva

Referencia a 2° nivel de atención

Hospitalización

1.- Hospitalización (Unidad de Terapia Intensiva)
2.- Monitorización continua de la presión arterial
3.- Manejo farmacológico intravenoso

Descartar

1.- Disección aórtica
2.- Enfermedad coronaria / insuficiencia cardiaca
3.- Feocromocitoma
4.- Hipertensión causada por medicamentos

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Hipertersión Arterial Sistémica

mayores de 18 años

Mujeres

A1 ESCALA SCORE

No fumadoras

Presión sistólica (mmHg)	4	5	6	7	8
180	5	6	7	8	9
160	3	4	5	6	7
140	2	3	3	4	5
120	2	2	2	3	3
100	1	1	2	2	2

Presión sistólica (mmHg)	4	5	6	7	8
180	2	3	3	4	5
160	2	2	2	3	3
140	1	1	2	2	2
120	1	1	1	1	2
100	1	1	1	1	1

Presión sistólica (mmHg)	4	5	6	7	8
180	1	1	2	2	2
160	1	1	1	1	2
140	1	1	1	1	1
120	0	0	1	1	1
100	0	0	0	0	1

Presión sistólica (mmHg)	4	5	6	7	8
180	1	1	1	1	1
160	0	1	1	1	1
140	0	0	0	1	1
120	0	0	0	0	0
100	0	0	0	0	0

Presión sistólica (mmHg)	4	5	6	7	8
180	0	0	0	0	1
160	0	0	0	0	0
140	0	0	0	0	0
120	0	0	0	0	0
100	0	0	0	0	0

Colesterol total (mmol/L)

Riesgo Cardiovascular en 10 años

- > 15%
- 10-14%
- 5-9%
- 3-4%
- 2%
- 1%
- <1%

Edad

Fumadoras

Edad	150	200	250	300
65	10	11	13	16	18
	7	8	9	11	13
	5	6	7	8	9
	3	4	5	5	6
	2	3	3	4	5

Edad	150	200	250	300
60	5	6	7	8	9
	3	4	5	5	6
	2	3	3	4	4
	2	2	2	3	3
	1	1	2	2	2

Edad	150	200	250	300
55	2	3	4	4	5
	2	2	2	3	3
	1	1	2	2	2
	1	1	1	1	2
	1	1	1	1	1

Edad	150	200	250	300
50	1	2	2	2	3
	1	1	1	2	2
	1	1	1	1	1
	0	1	1	1	1
	0	0	0	1	1

Edad	150	200	250	300
40	1	1	1	1	1
	0	0	1	1	1
	0	0	0	0	1
	0	0	0	0	0
	0	0	0	0	0

150 200 250 300 mg/dl

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Hipertensión Arterial Sistémica

mayores de 18 años

Hombres

No fumadores

Presión sistólica (mmHg)	65 años	60 años	55 años	50 años	40 años
180	10	6	4	2	1
160	7	4	2	2	1
140	5	3	2	1	0
120	4	2	1	1	0
100	2	1	1	1	0

Colesterol total (mmol/l)	65 años	60 años	55 años	50 años	40 años
4	12	7	4	2	1
5	13	8	5	3	2
6	15	9	6	4	2
7	17	10	7	5	3
8	20	12	8	6	3

Fumadores

Presión sistólica (mmHg)	65 años	60 años	55 años	50 años	40 años
180	20	12	7	4	2
160	14	8	5	3	1
140	10	6	3	2	1
120	7	4	2	1	1
100	5	3	2	1	1

Colesterol total (mmol/l)	65 años	60 años	55 años	50 años	40 años
4	23	14	8	5	2
5	27	16	10	6	3
6	30	18	11	7	4
7	34	21	13	8	4
8	38	23	14	9	5

Riesgo Cardiovascular en 10 años

- > 15%
- 10-14%
- 5-9%
- 3-4%
- 2%
- 1%
- <1%

Colesterol total (mmol/l): 4 5 6 7 8

Colesterol total (mg/dl): 150 200 250 300

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Hipertensión Arterial Sistémica

mayores de 18 años

2 Alimentos que deben ser evitados en pacientes hipertensos

Bebidas	Las elaboradas a base de leche entera, aceite de coco y palma, las bebidas destiladas como whisky, ron, brandy, tequila, mezcal, la cerveza condimentada con sal, etc. Los estimulantes como el café, té negro, y bebidas energizantes.
Carnes	Carne molida con más de 15% de grasa; carnes grasosas como pato, ganso, cerdo, cordero; embutidos como salchichas, salami, mortadela y jamón de cerdo; carnes fritas como carnitas, barbacoa, cabrito, etc.; carnes enlatadas, secas o saladas como la cecina, etc.
Pescados y mariscos	Camarón, caviar, pescado enlatados, disecados o salados de manera comercial, como atún en aceite, angulas, jaiba, etc.
Huevo	Yema de huevo, utilizar sólo las claras.
Quesos	Los quesos en general, excepto cottage y panela.
Grasas	Aceite de coco, palma, aguacate, mantequilla, manteca de cerdo, grasa de carne, tocino, crema, productos elaborados con aceite de hígado de cerdo, res o pescado, mayonesa normal o light y los aderezos para ensaladas
Leche	Leches enteras en polvo, condensadas, evaporadas, entre las variantes el yogurt o jocoque a base de leche entera.
Pan y cereales	Hot-cakes, waffles, bisquets, panqué, pan de dulce, mantecadas, galletas elaboradas con mantequilla, papas a la francesa o fritas, pastas con huevo y galletas saladas.
Sopas	Cremas elaboradas con leche entera.
Postres y dulces	Todos los preparados con leche entera, yema de huevo, mantequilla, crema, chocolate, cocoa, nuez, almendras y coco.
Condimentos	Salsa Maggi, de soya, inglesa, así como el uso excesivo de consomés y productos mezclados con sal como el chile piquín.

Elaborado por la Dirección General de Calidad y Educación en Salud en colaboración con el Instituto de Nacional de Cardiología Ignacio Chávez

Adaptado de:

- IMSS-076-08 Diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial en el primer nivel de atención
- IMSS-739-15 Intervenciones de enfermería para la atención integral del adulto con hipertensión arterial
- SS-155-08 Prevención, diagnóstico y tratamiento de las crisis hipertensivas

Para mayor información, puede consultar la carta descriptiva en la siguiente liga:
http://calidad.salud.gob.mx/site/calidad/algoritmos_atencion_clinica.html
Version: Diciembre 2017.

PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Hipertersión Arterial Sistémica

mayores de 18 años

Plan Estratégico Sectorial para la Difusión e Implementación de Guías de Práctica Clínica

Carta Descriptiva

Aplicación
Primer Nivel de Atención

Personal involucrado
Médico / Enfermería

Adopción de un estilo de vida saludable

A la población en general se deberá recomendar adoptar o mantener un estilo de vida saludable:

- Mantener un índice de masa corporal (IMC) entre 18.5 y 24.9 kg/m^2
- Actividad física aeróbica, al menos 30 minutos por 3 días a la semana
- Alimentación saludable (consumo de frutas y vegetales, baja en grasas saturadas, sal y café)
- Limitar consumo de alcohol
- Suspensión del hábito tabáquico

Detección y Diagnóstico

A fin de detectar oportunamente los casos de hipertensión arterial sistémica (HAS), se deberán investigar los antecedentes familiares de HAS o enfermedades cardiovasculares a todos los pacientes, en caso de tener antecedentes positivos se podrán indicar medidas preventivas específicas para el paciente y precisar la necesidad de adoptar un estilo de vida saludable.

Asimismo se deberá realizar la medición de la tensión arterial en cada consulta, de acuerdo a este resultado serán las acciones a seguir:

1. <120 / < 80 mmHg: se considera que la tensión arterial es normal, en este caso sólo habrá que reforzar las recomendaciones de estilo de vida saludable.
2. 120-139 / 80-89 mmHg: son rangos de prehipertensión, la intervención a realizar en este caso, es reforzar y precisar la importancia de adoptar un estilo de vida saludable.
3. 140-159/ 90 -99: se considera hipertensión arterial grado 1.
4. > 160 / > 100 mmHg: se considera hipertensión arterial grado 2.

En caso de que la medición de la TA reporte cifras superiores a 140 / 90 mmHg (ya sea en rangos de hipertensión arterial grado 1 o 2) se deberá:

1. Se le indicará al paciente que realice mediciones de la TA en casa y lleve una bitácora, es importante señalar que estas deberán ser realizadas con un instrumento validado, es decir, un esfigmomanómetro aneroide, mercurial o digital debidamente calibrado, asimismo se deberá verificar la técnica de medición. El seguimiento a estas mediciones será en una siguiente consulta médica (al mes siguiente).
2. Volver a medir la TA en la siguiente consulta, que será al mes de la consulta en la que se detectaron cifras tensionales alteradas o bien si en la siguiente consulta se reportan valores superiores a 140/90 mmHg (150/90mmHg en mayores de 60 años) se establece el diagnóstico de HAS. En caso contrario, se deberán reforzar las recomendaciones para adoptar un estilo de vida saludable.

Hipertersión Arterial Sistémica

Protocolo de Estudio

Una vez que se haya diagnosticado HAS, se deberá realizar un protocolo de estudio que incluye:

1. Historia clínica detallada, en la que se identificarán:
    a. Factores de riesgo
    b. Datos sugerentes de hipertensión secundaria
    c. Efectos adversos farmacológicos (AINES; corticoides y simpaticomiméticos)
    d. Factores de riesgo que puedan favorecer una crisis hipertensiva (edad avanzada, dolor, género femenino, obesidad, cardiopatía, diabetes mellitus, apnea obstructiva del sueño, enfermedad renal crónica, enfermedad coronaria)
2. Exploración física intencionada a la identificación de
    a. Soplos
    b. Daño a órgano blanco
3. Estudios de laboratorio y gabinete, se deberá solicitar al menos:
    a. Biometría hemática
    b. Química sanguínea
    c. Electrolitos séricos
    d. Ácido úrico
    e. Perfil de lípidos
    f. Examen general de orina
    g. Depuración de creatinina en orina de 24 horas
    h. Electrocardiograma (si se cuenta con el equipo)

Tratamiento

El tratamiento consta de:

1. Tratamiento no farmacológico, en el que se enfatiza la importancia de llevar una alimentación saludable, limitar el consumo de alcohol a 2 copas por día, realizar actividad física aeróbica, por lo menos 30 minutos 5 a 7 días por semana, suspender el hábito tabáquico, control de estrés mediante técnicas de relajación y control del peso.
2. Tratamiento farmacológico, este dependerá de las comorbilidades del paciente. Si no se cuenta con alguna comorbilidad, se consideran 4 líneas de tratamiento:
    a. Primera línea: si el paciente es menor de 55 años, se deberá iniciar con un IECA (enalapril 10mg/24h o captopril: 50mg/24h), si el paciente es mayor de 55 años se deberá iniciar con bloqueadores de canales de calcio (amlodipino 5mg/24h) o con diuréticos tiazícidos (hidroclorotiazida 12.5mg/12 h o clortalidona 25mg/24 h).
    b. Segunda línea: independientemente de la edad, en esta etapa del tratamiento se utilizan fármacos combinados (IECA + bloqueadores de canales de calcio o IECA + diurético tiazídico).
    c. Tercera línea: en esta fase se consideran 3 fármacos (IECA + bloqueador de canal de calcio + diurético tiazídico).
    d. Cuarta línea: son 4 los fármacos considerados en esta fase: habrá que añadir al tratamiento establecido en la fase previa, otro medicamento que puede ser un diurético, alfa bloqueador o beta

bloqueador. En esta fase se considera la referencia al segundo nivel de atención.

Como parte del tratamiento farmacológico se debe considerar la educación al paciente que incluye: explicación de dosis, horarios, vías de administración y efectos secundarios.

La dosis señaladas, son iniciales es necesario individualizar cada caso al contexto clínico del paciente y a su respuesta.

3. En caso de que el paciente cuente con comorbilidades o sea mayor de 75 años, el tratamiento farmacológico es diferente.

    a. **Mayores de 75 años**: en pacientes geriátricos el tratamiento antihipertensivo iniciará si la presión arterial sistólica es superior a 150 mmHg. en este caso, se sugiere iniciar con calcio-antagonistas (amlodipino 5mg/día).

    b. **Diabetes Mellitus:** se ha desarrollado un algoritmo para el manejo de la DM, en el cual se establecen los medicamentos a indicar de acuerdo al grado de HAS que se reporte.

    c. **Cardiopatías**: si el paciente presenta angina estable se indicará beta-bloqueadores (metoprolol 50mg/12h) o calcio antagonistas (amlodipino 5mg/día), en caso de tener antecedentes recientes de infarto, se podrá indicar beta-bloqueadores; finalmente si el paciente tiene insuficiencia cardíaca, el medicamento de elección es IECA o beta-bloqueadores.

    d. **Nefropatía:** si el paciente presenta insuficiencia renal no asociada a diabetes mellitus tipo 2 se indicará IECA (enalapril 10 mg cada 24 horas). Si el paciente presenta nefropatía diabética, se indicará como primeria línea un IECA (enalapril 10 mg cada 24 horas) o un ARA II (lasortán 50 mg cada 24 horas); de segunda línea un calcio antagonista (amlodipino 5 mg cada 24 horas) más un diurético de ASA (furosemide 40 mg cada 8 horas); de tercera línea un diurético de ASA (furosemide 40 mg cada 8 horas).

    Cada medicamento debe ser individualizado de acuerdo al contexto clínico del paciente y grado de control de la(s) comorbilidad(es), las dosis señaladas son iniciales y en caso de no presentar respuesta a dosis máximas se deberá referir al paciente al segundo nivel de atención.

El seguimiento a la respuesta del tratamiento será en una consulta posterior al inicio de este, la cual deberá ser en un lapso de 2 a 4 semanas. Si se tiene una respuesta favorable (considerando la meta de cifras tensionales menores a 140/90 mmHg) se podrá continuar con el tratamiento indicado y vigilancia periódica, en caso de no tener respuesta favorable, será necesario reforzar el tratamiento no farmacológico y ajustar el tratamiento farmacológico.

Manejo de Crisis Hipertensivas

Se considera una crisis hipertensiva si las cifras tensionales son superiores a 180/120 mmHg, habrá que realizar una evaluación rápida y puntual del paciente identificando posible daño a órgano blanco:

1. **Presión arterial**: medir inicialmente cada 5 minutos
2. **Fondo de ojo**: hemorragia, exudado, papiledema
3. **Neurológico**: cefalea, confusión, somnolencia, estupor, pérdida visual, convulsiones, déficit neurológico focal, coma
4. **Cardiovascular**: choque de la punta prominente, congestión pulmonar, estertores crepitantes, soplo de insuficiencia mitral o aórtica, taquicardia, taquipnea
5. **Renal**: oliguria
6. **Gastrointestinal**: nausea, vómito

Si en la evaluación se detecta daño a órgano blanco, se deberá referir inmediatamente al segundo nivel. Por el contrario, si no hubiese daño a órgano blanco se deberá ajustar el tratamiento y seguimiento estrecho del paciente.

PRIMER NIVEL
DE ATENCIÓN

Hipertersión Arterial Sistémica

mayores
de
18 años

Coordinadores

Dr. Sebastián García Saisó	Director General de Calidad y Educación en Salud Secretaría de Salud
Dra. Odet Sarabia González	Directora General Adjunta de Calidad en Salud Secretaría de Salud

Autores

Dra. Alexandra Arias Mendoza	Subjefe de Urgencias del Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez Secretaría de Salud
Dra. Odet Sarabia González	Directora General Adjunta de Calidad en Salud Secretaría de Salud
Dr. Yefté Efraín Silva López	Subdirector de Vinculación Ciudadana, DGCES Secretaría de Salud

Validadores Sectoriales

Dra. Erika Raquel Bravo Aguilar	Médico Especialista, DGCES Secretaría de Salud
Lic. Francisco Yair Campos Ríos	Jefe de Departamento de Análisis y Seguimiento de Acciones en Salud Pública, Dirección General de Evaluación del Desempeño Secretaría de Salud
Dra. Miriam Hernández Hernández	Supervisora Médica Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia
Dr. Jesús Zain Campos Larios	Médico Adscrito al Hospital de Cardiología, CMN Siglo XXI Instituto Mexicano del Seguro Social
Dr. Jorge Héctor Genis Zárate	Médico Adscrito al Hospital de Cardiología, CMN Siglo XXI Instituto Mexicano del Seguro Social
Dr. Luis Antonio Moreno Ruiz	Médico Adscrito al Hospital de Cardiología, CMN Siglo XXI Instituto Mexicano del Seguro Social
Dr. Eros Balam Ortiz	Jefe de Cardiología Petróleos Mexicanos
Dr. Jesús Genaro Méndez de la Cruz	Coordinador de Normalización Petróleos Mexicanos

ALGORITMOS DE ATENCIÓN CLÍNICA







INSTITUTO NACIONAL DE PERINATOLOGÍA
ISIDRO ESPINOSA DE LOS REYES



INSTITUTO NACIONAL DE CIENCIAS MÉDICAS
Y NUTRICIÓN
SALVADOR ZUBIRÁN



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ





CENTRO DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL
PACIENTE CON DIABETES



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
OFICINA REGIONAL PARA LAS Américas

Plan Estratégico Sectorial para la Difusión e Implementación de Guías de Práctica Clínica