
EMERGENCIA HIPERTENSIVA

- Dr José M^a Fernández Villaverde
- Centro de Salud Riveira-A Coruña

CONCEPTOS Y DEFINICIONES

CRISIS HIPERTENSIVA: Elevación brusca de la P.A. que puede causar alteraciones estructurales o funcionales en los órganos diana.

PAS > 210 mmHg o PAD > 120 mmHg

Guía SEH-ELHA Hipertensión 2002

ESH/ESC Guidelines 2003

PAS > 180 mmHg o PAD > 120 mmHg

JNC VII 2003

¿CUÁL ES LA INCIDENCIA DE LA CRISIS HIPERTENSIVA?

- 7% de los hipertensos (> ancianos y afroamericanos).

- 25% del total de las consultas de urgencias.

(Zampaglione B. et al. Hypertension 1996)

- 2% de las urgencias en A.P.

- 90% se controlan con reposo y medicación oral.

URGENCIA HIPERTENSIVA

Es una situación con una notable elevación de la P.A. , pero sin síntomas graves ni daño progresivo de órganos vulnerables, en la que debe reducirse la P.A. en el plazo de unas horas, a menudo con fármacos por vía oral.

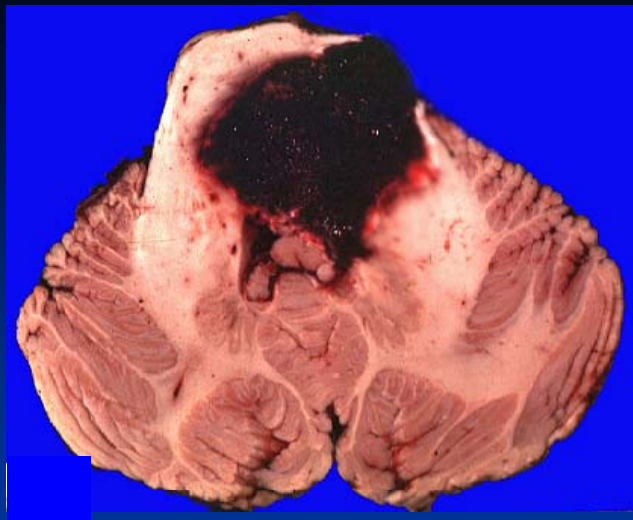
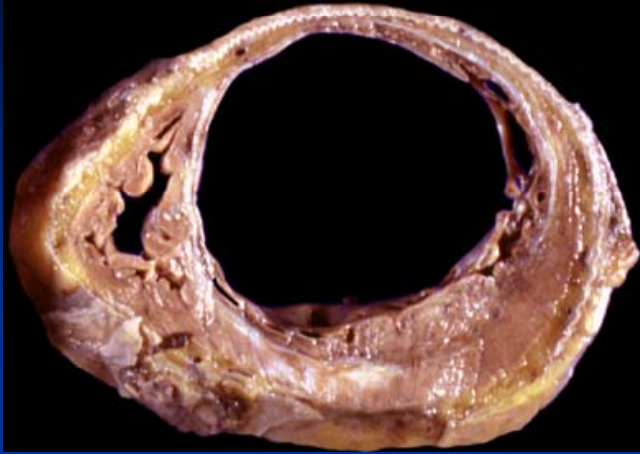
EMERGENCIA HIPERTENSIVA

Es una situación que requiere una reducción inmediata de la P.A. con fármacos por vía parenteral a causa del daño agudo o progresivo de órganos sensibles.

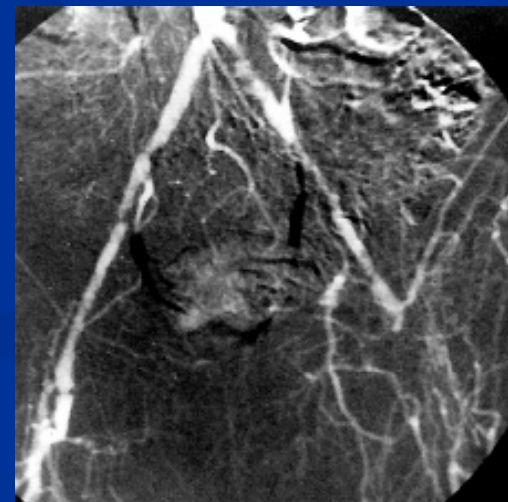
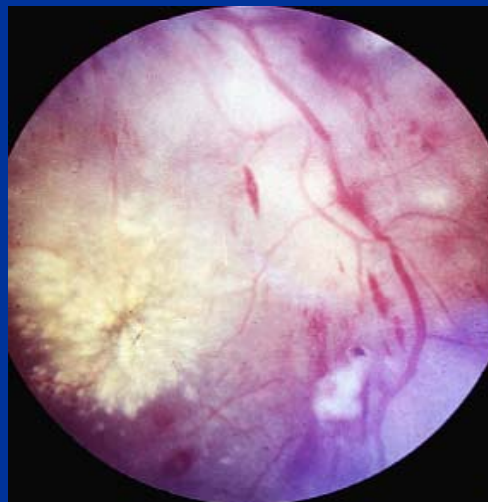
A veces la distinción entre emergencia y urgencia suele ser muy ambigua.

Ya que

- Una presión arterial moderadamente alta puede originar una emergencia hipertensiva en normotensos (consumo de cocaína, eclampsia...)
- Una presión arterial muy elevada puede no causar síntomas en hipertensos crónicos.
- Los síntomas más frecuentes de las crisis hipertensivas son : mareos, náuseas, vómitos, epistaxis, cefaleas, dispepsias, etc...



← **HTA** →



CLASIFICACION CRISIS HIPERTENSIVA

- HTA crónica severa asintomática: PAD > 120-130 mmHg
- **URGENCIAS Y EMERGENCIAS HIPERTENSIVAS**
- Falsas crisis hipertensivas (pseudourgencias)
- HTA acelerada maligna: PAD > 140 mmHg)

HTA SECUNDARIA: 5-10%

CRISIS HIPERTENSIVA

EMERGENCIAS

- Encefalopatía Hipertensiva
- Eclampsia
- EAP
- Insuficiencia coronaria
- ACV
- Aneurisma disecante de aorta
- HTA acelerada complicada
- TCE
- IRA

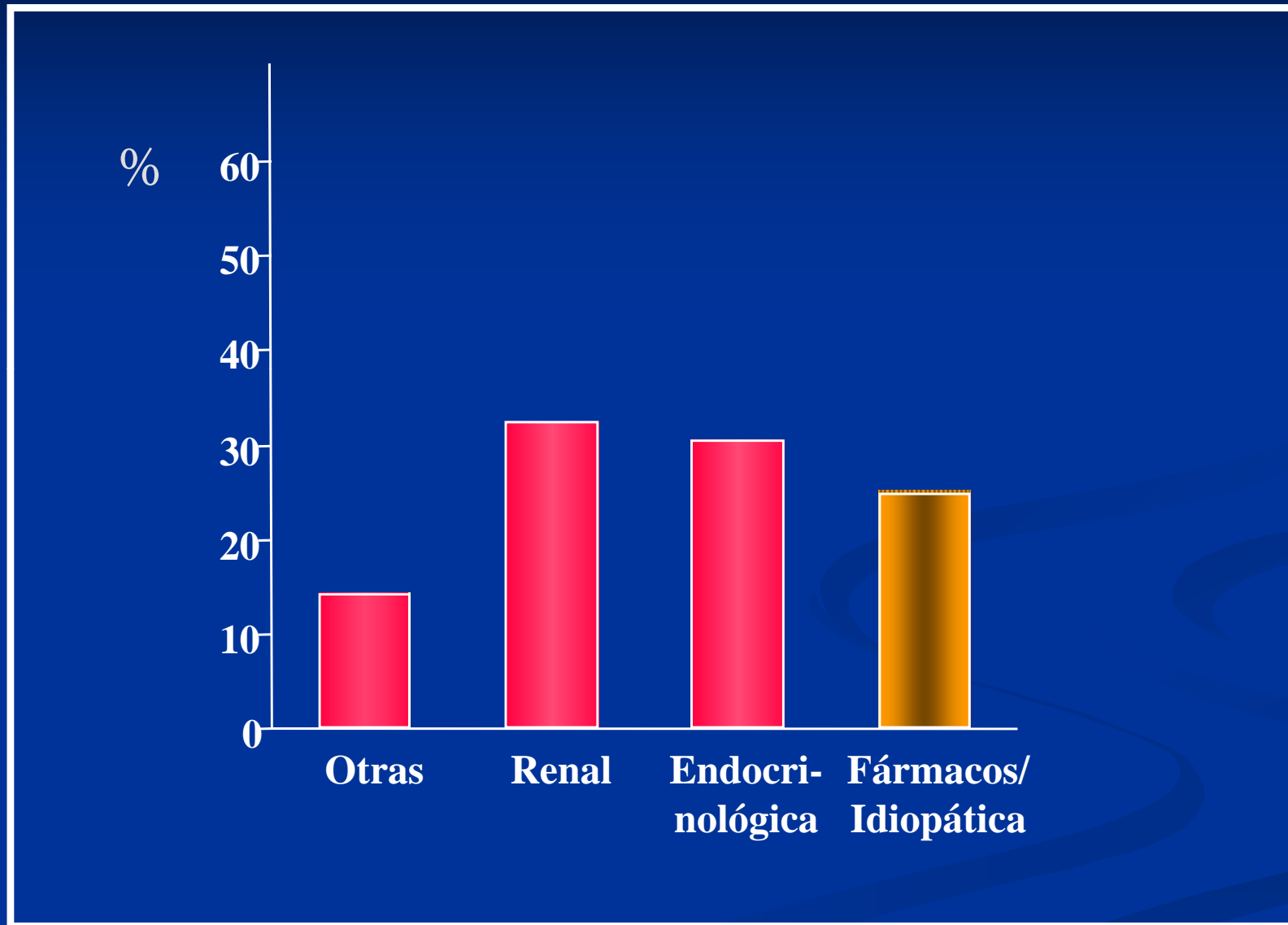
URGENCIAS

- Crisis asintomática idiopática
- HTA acelerada no complicada
- HTA en cardiopatía isquémica
- HTA en insuficiencia cardiaca
- HTA en trasplantados renales
- HTA en períodos pre y post operatorios
- HTA en quemados

PRINCIPALES CAUSAS DE HTA SECUNDARIA

- Enfermedad renal crónica
- Enfermedad renovascular
- Apnea de sueño
- HTA inducida por fármacos
- Riñón poliquístico
- Aldosteronismo primario. Síndrome de Cushing. Feocromocitoma
- Coartación aórtica
- Enfermedad tiroidea y paratiroidea

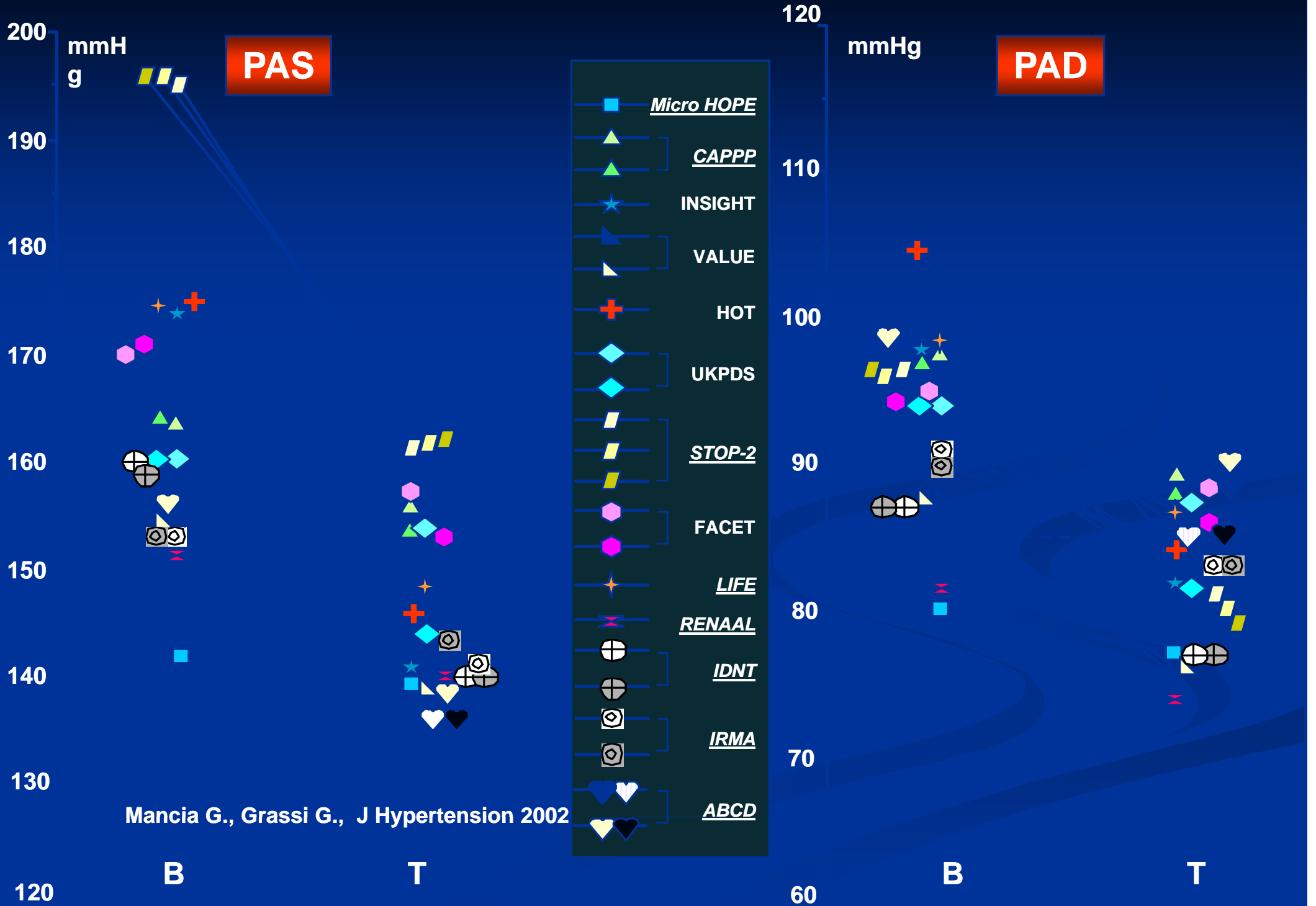
HTA Secundaria



PRINCIPALES CAUSAS DE HTA REFRACTARIA

- HTA bata blanca
- Medición inadecuada
- Incumplimiento terapéutico
- Dosis insuficientes y combinaciones inadecuadas
- Uso de fármacos que aumentan la P.A.
- Obesidad
- Alcoholismo
- Sobrecarga de volumen
- HTA secundaria

RELEVANCIA CLINICA DE LA HTA REFRACTARIA



VALORACIÓN INMEDIATA DE LAS URGENCIAS-EMERGENCIAS HIPERTENSIVAS

PAS > 210 mmHg y/o PAD > 120 mmHg



Descartar lesiones órganos diana (LOD)



URGENCIA

- No evidencia de LOD
- Reducción P.A. en horas
- Tratamiento v.o. (AP)



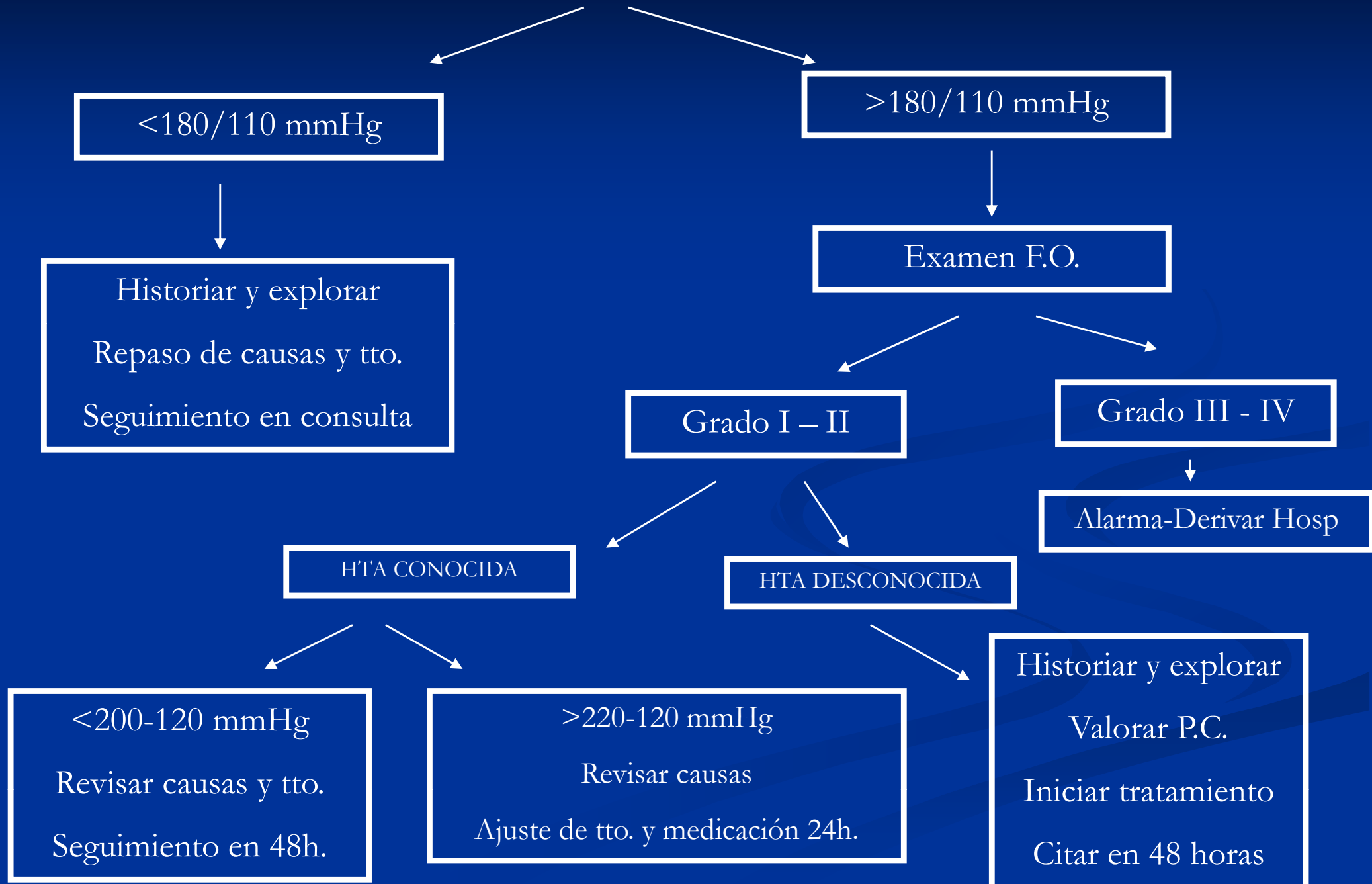
EMERGENCIA

- Compromiso grave LOD
- ↓ inmediata de la P.A.
- Tratamiento i.v. (hospital)

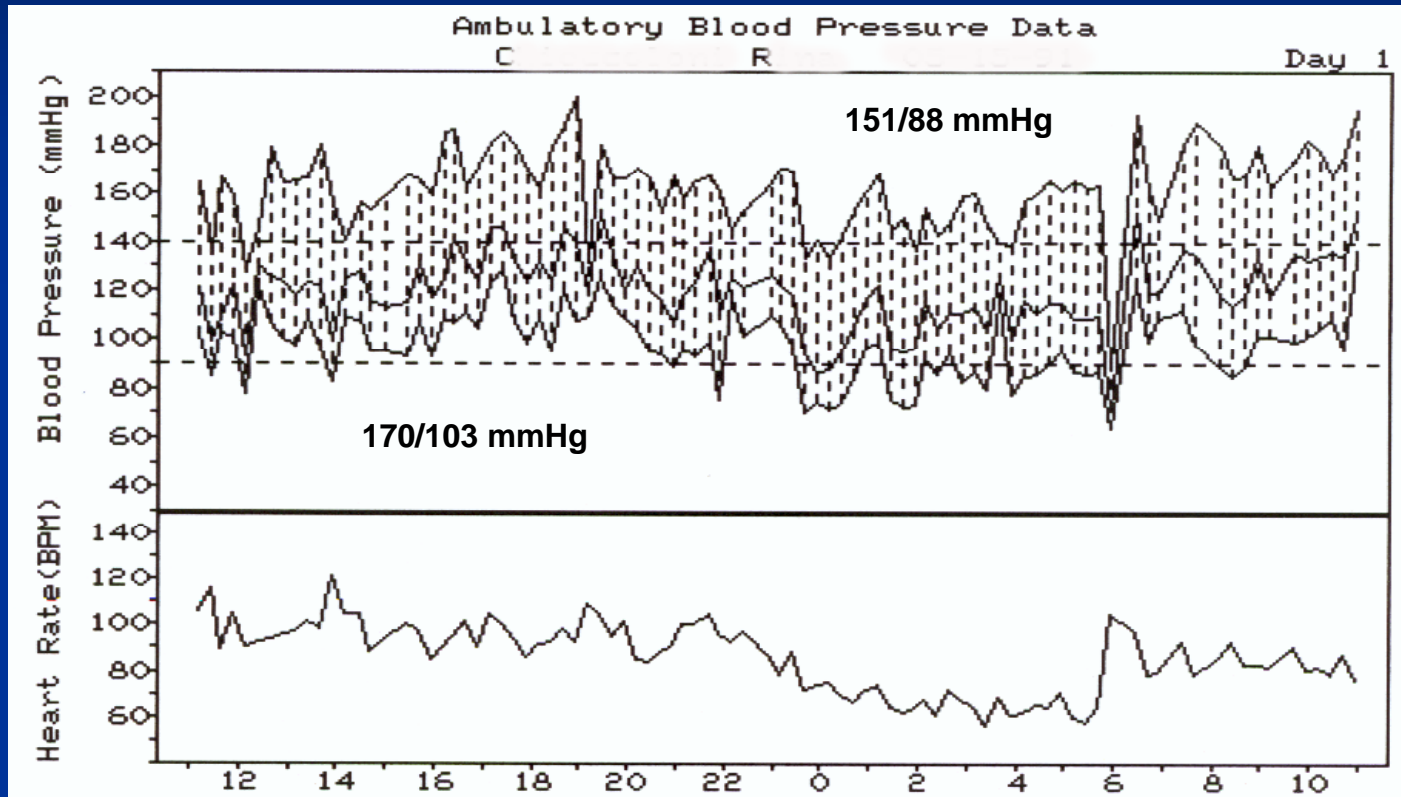
EVALUACION INICIAL DE UNA EMERGENCIA HIPERTENSIVA

- **Historia clínica** : tratamientos, drogas, simpaticomiméticos, síntomas de disfunción visual, cerebral y cardiaca
- **Exploración física** : P.A, oftalmoscopia, expl. neurológica básica, expl. cardiopulmonar, pulsos periféricos
- **Laboratorio** : Hcto, análisis de orina, creatinina, glucosa, electrolitos.
- **ECG** : Prueba básica en A.P.
- **Rx. tórax** : si sospecha de I.C. o disección aortica

ALGORITMO SEGÚN VALORES DE P.A. EN SUJETO ASINTOMÁTICO

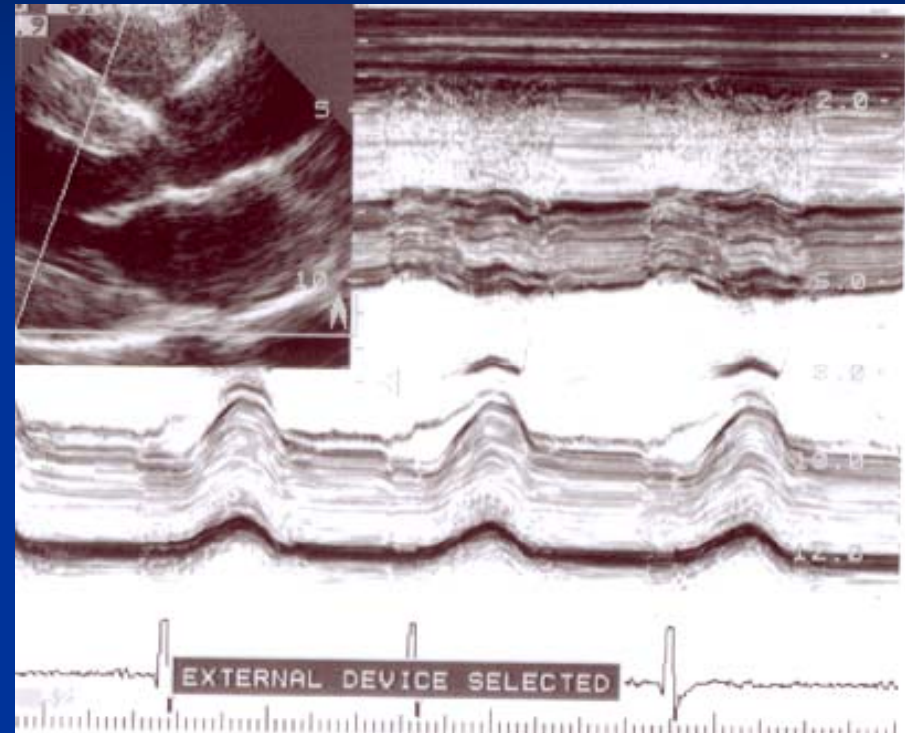
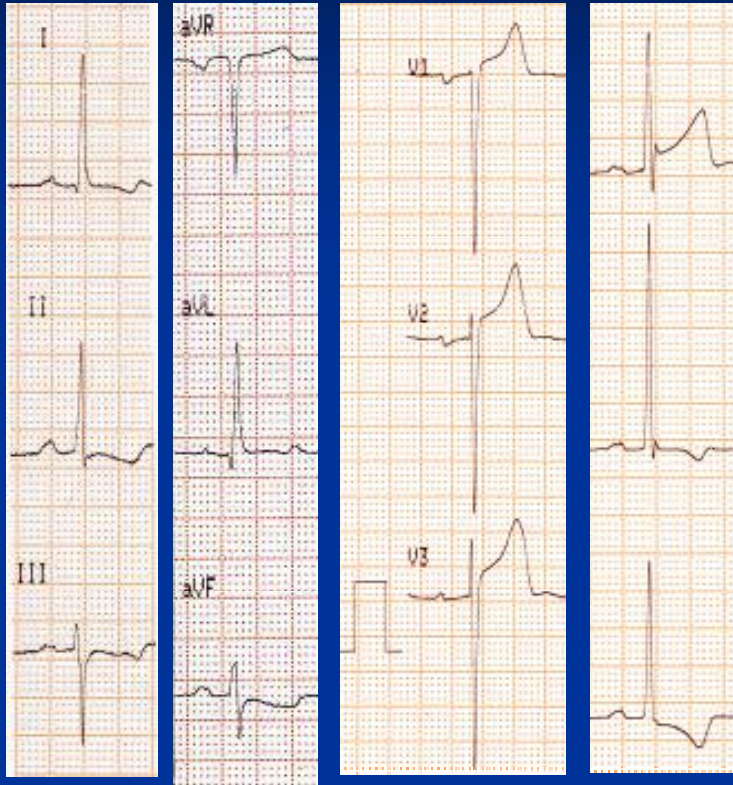


**PACIENTE CON
HIPERTENSION ARTERIAL
REFRACTARIA, EMERGENCIA
HIPERTENSIVA Y EDEMA
AGUDO DE PULMON**

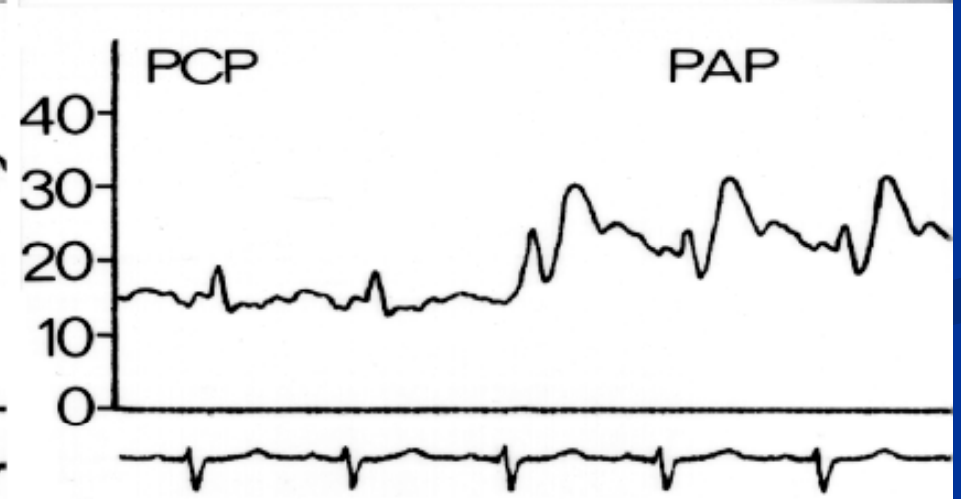
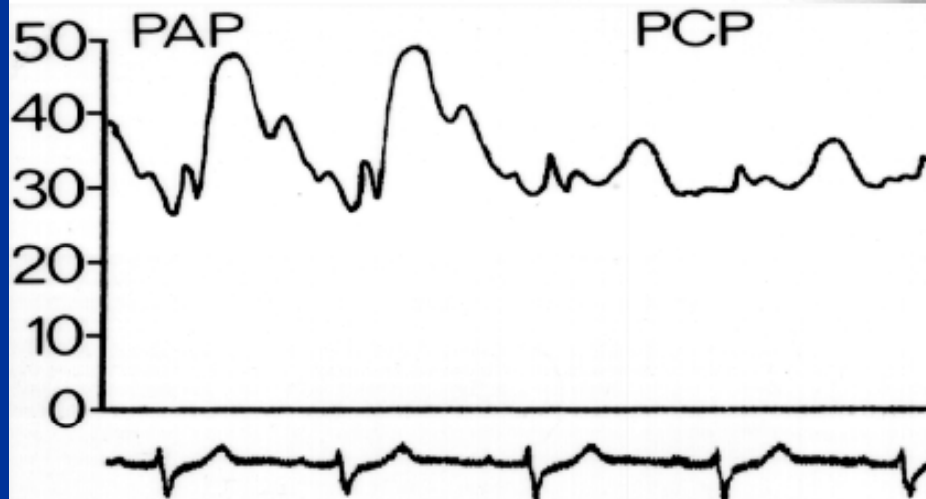
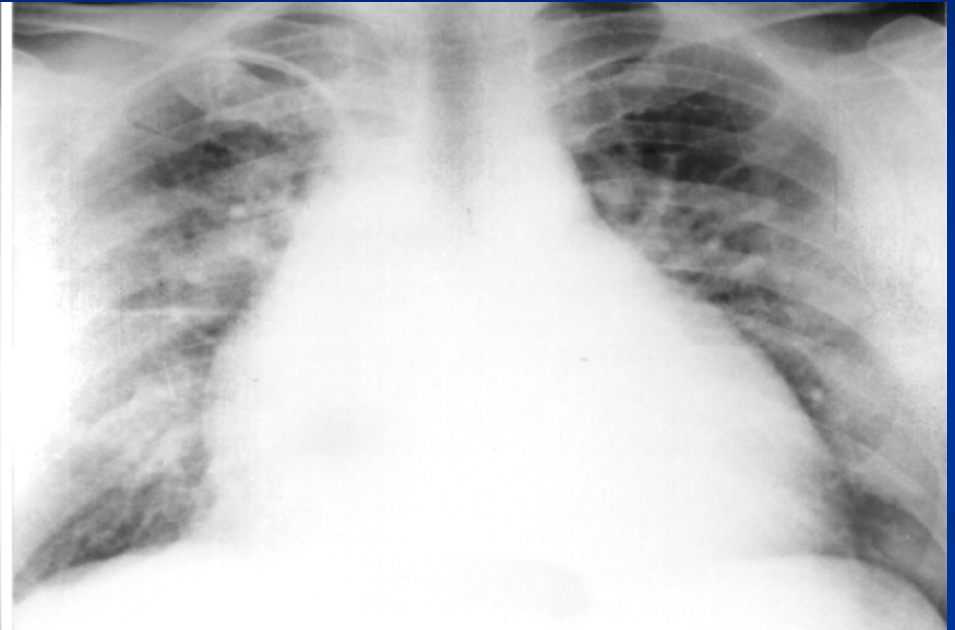
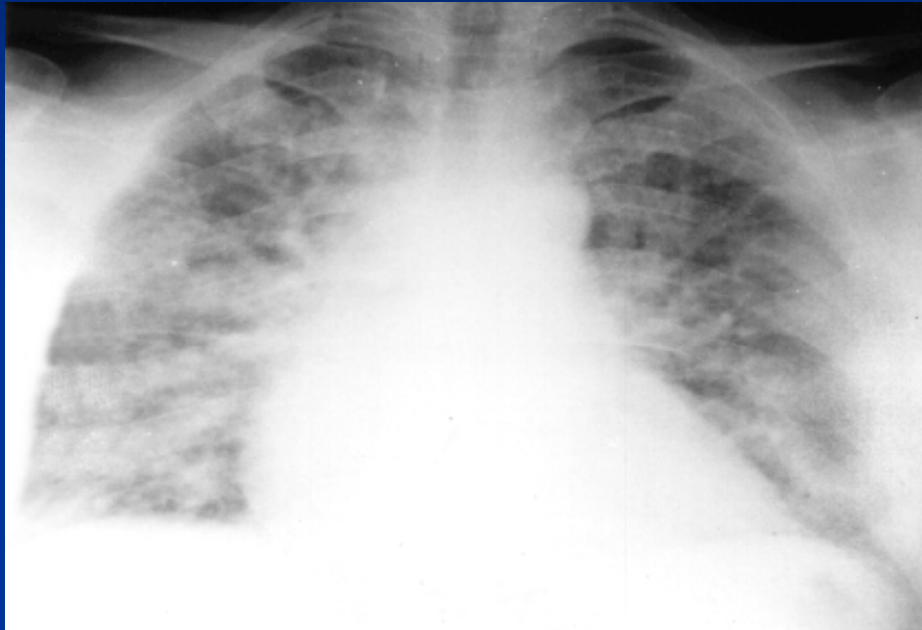


Hombre, 72 años
 IMC 27.9 kg/m²
 Fumador
 Colesterol total 192 mg/dl
 Colesterol HDL 56 mg/dl
 Glucosa 96 mg/dL
 PA 202/112 mmHg
 HTA Refractaria
 ECG: hipertrofiaVI

Feb 18, 2000

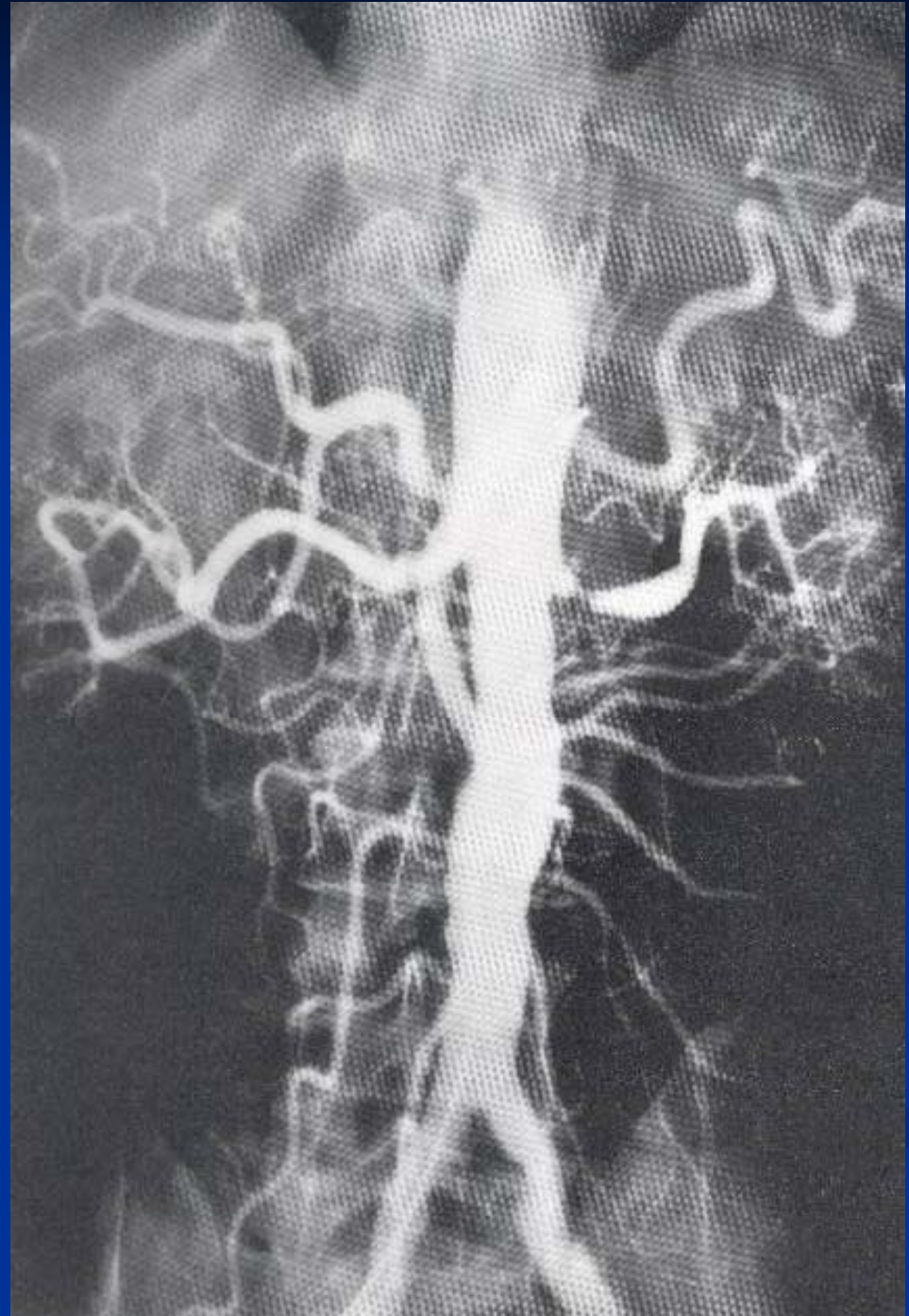


EAP de Repetición en la HTA Refractaria



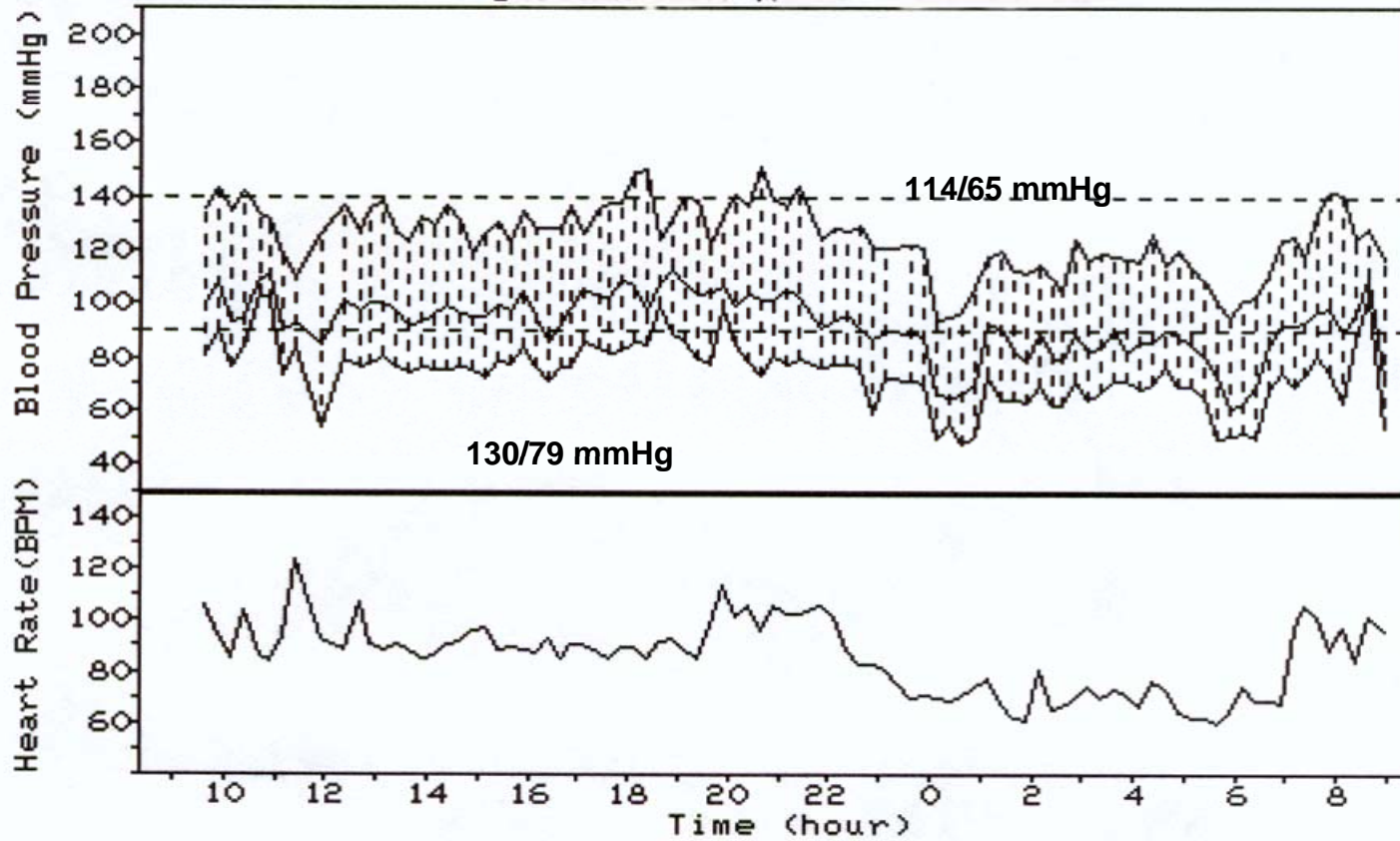
HIPERTENSION VASCULO-RENAL

Enf.
Aterotrombótica

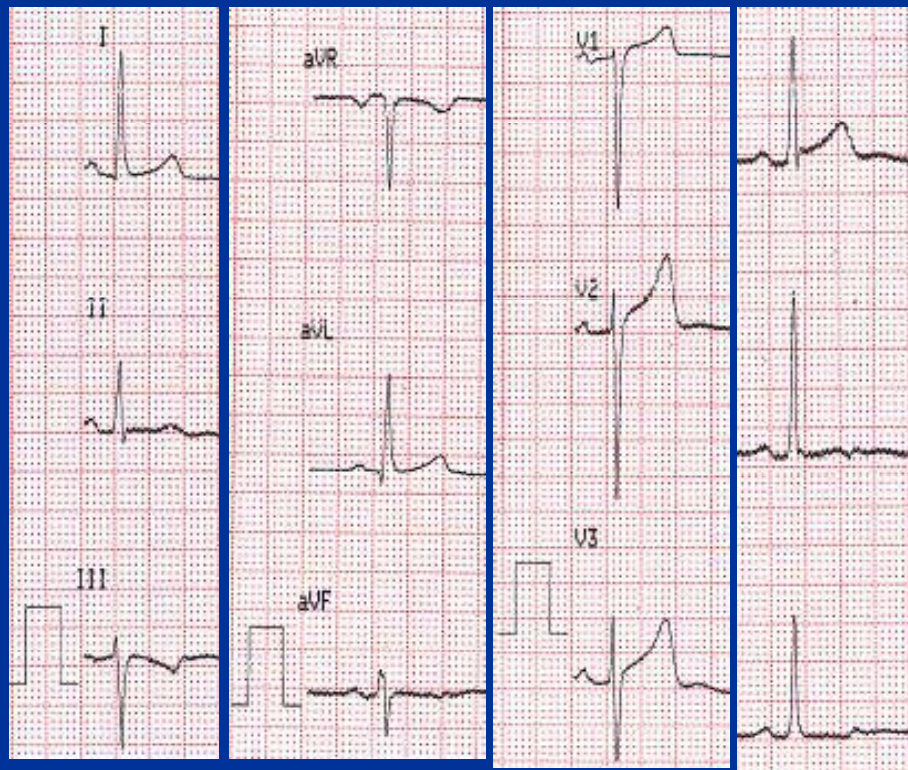
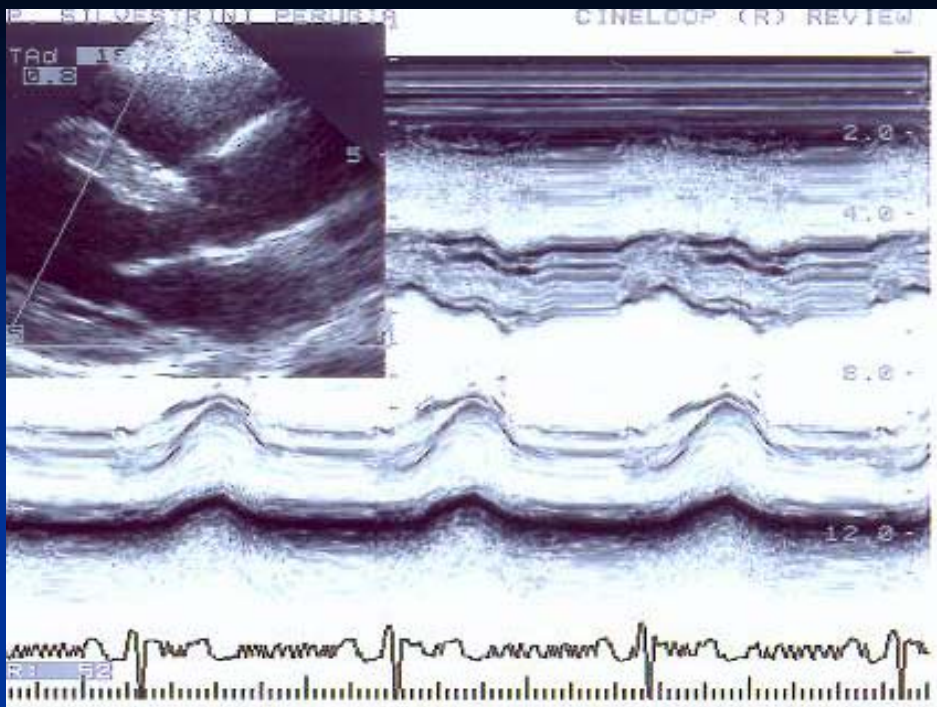


Ambulatory Blood Pressure Data

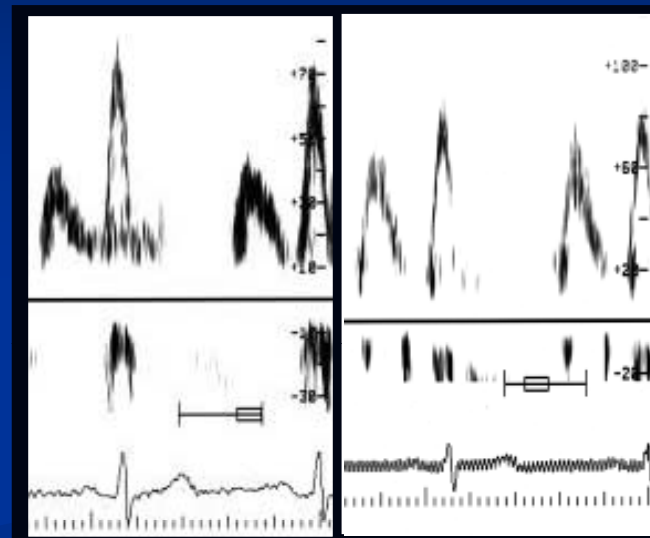
C R



Dic 11, 2002



Feb 18, 2000 Dic 11, 2002



Datos clínicos de sospecha de HTA vasculo-renal

Riesgo	Medio	Alto
HTA severa	+	
maligna		+
Inicio <25 o >60 años	+	
Soplo en flancos	+	
Enf.oclusiva en otros territorios	+	
Asimetría renal		+
Deterioro función renal		+
EAP recidivante		+

Tratamiento

1º Escalón

CAPTOPRILO

- IECA de acción más rápida
- Inicio de acción 15-30'. Duración: 4 a 6 h
- Ventaja: no incrementa la P. intracraneal
- Contraindicado: insuficiencia renal, hiperpotasemia.

ATENOLOL

- 50-100 mg v.o.
- Contraindicado: bradicardia importante, bloqueo A-V de segundo o tercer grado, IC NYHA IV, QT largo.
- Precaución: EPOC, ASMA.

Tratamiento

1º Escalón

NIFEDIPINO (Inaceptable por JNC-VI)

- 5-10 mg v.o.
- Muy efectivo, pero reduce sin control la P.A.
- Kaplan expresa textualmente: “Para lograr un efecto más lento y probablemente más seguro, se debe recurrir a la v.s.”
- Vasodilatación generalizada → Taquicardia refleja secundaria → disminución brusca de la perfusión → Isquemia miocárdica, del SNC., etc...
- Se ha ensayado de forma paulatina otras formulaciones del producto, con inicio más lento, que ofrecen control similar y mayor seguridad.

Tratamiento

1º Escalón

NICARDIPINO

- Calcioantagonista de segunda generación.
- Mínimo efecto sobre la frecuencia cardíaca.
- Comparado con nifedipino produjo un descenso más gradual y prolongado de la P.A.
- Frente a placebo resultó ser más eficaz con escasos efectos secundarios a dosis de 30 mg

Tratamiento

2º Escalón

FUROSEMIDA

- Vía i.v. : 20 mg (1 ampolla)
- Repetir a los 30' si fuese necesario
- Precaución: IAM, Aneurisma disecante aorta
- Un porcentaje importante de las crisis hipertensivas cursan con depleción hidrosalina secundaria a natriuresis forzada causada por activación de mecanismos presores (excepto en la I.C.)

Tratamiento

3° Escalón

LABETALOL

- Bloqueante alfa y beta
- Disponible para uso oral y parenteral
- Bolus repetidos seguidos de infusión continua: 0,25 – 0,50 mg/Kg cada 15' o 2 – 4 mg/min.
- Acción: 5'. Duración: 3 – 6 h.
- Efectivo en la mayoría de las situaciones, buena tolerancia, incluida la eclampsia
- Contraindicado: I.C. severa con F.E. ↓, asma, bloqueo AV 2° o 3° grado

Tratamiento

3° Escalón

URAPIDIL

- Bloqueante alfa adrenérgico
- Dosis: 25mg IV (media ampolla)
- No control: repetir a los 15' a dosis de 50mg IV en 20''
- Efecto adverso: hipotensión severa, que se corrige con infusión salina al 0,9 %
- No tiene efecto sobre el flujo coronario, no ↑ la demanda de O₂ y no ↑ la PI

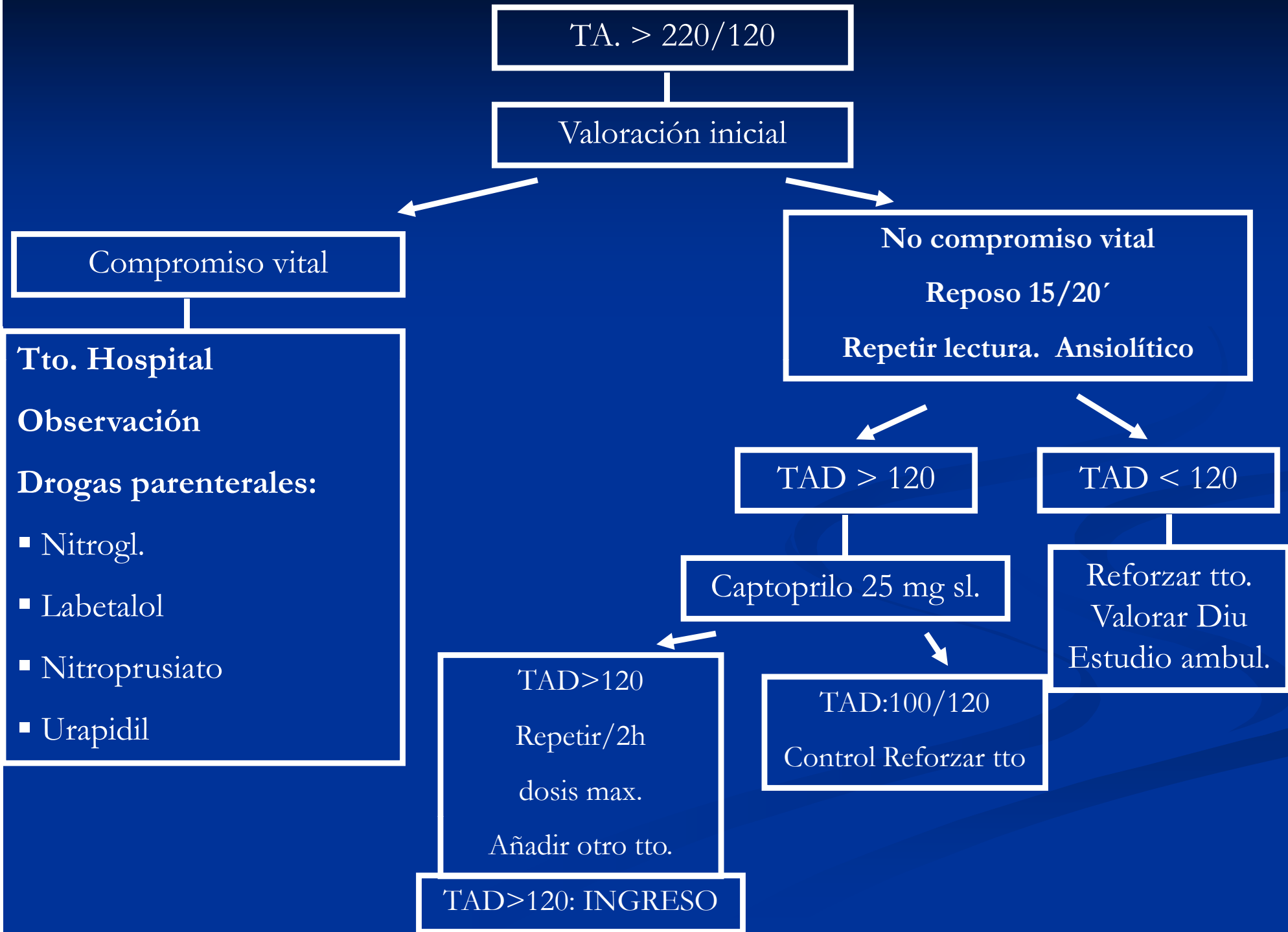
TTO. EMERGENCIAS MÁS FRECUENTES

EMERGENCIA

INDICACIÓN

ACVA.	Labetalol-Enalapril
Encefalopatía hipertensiva	Labetalol
EAP.	Nitrogl. Diu-asa-Cl.morf
C. isquémica	Nitrogl. + Betabloq
Insuf. cardiaca	Nitrogl. + Diu-asa + Ieca
Disección aórtica	Labetalol-Esmolol
Preeclampsia	Labetalol y/o Hidralacina

Diagrama tratamiento



CONCLUSIONES

- La PA. ↑ de forma aislada en sujeto asintomático no requiere tto. urgente, sino evaluación urgente y seguimiento estrecho. Puede y debe hacerse en AP.
- Descensos bruscos de la PA. pueden resultar peor que el efecto beneficioso.
- En situaciones de emergencia el tto. debe instaurarse inmediatamente por vía parenteral en el ámbito hospitalario.
- El objetivo terapéutico debe ser ↓ la PAM en un 20% en una hora y no forzar descensos mayores de 100 mmHg de PAD.

$$[\text{PAM: } (2 \text{ PAD} + \text{PAS}) / 3]$$

- Una vez resuelto el problema agudo se deben evaluar las causas, detectar hipertensión secundaria y ajustar tratamiento