

Manejo de la Crisis Hipertensiva



6

Manejo de la Crisis Hipertensiva

6

I	Introducción	1
II	Puerta de Entrada al Protocolo	1
III	Diagnóstico	1
IV	Valoración Inicial	2
	Anamnesis	
	Exploración Física	
	Exploración Complementaria	
V	Actitud Terapéutica	2

Manejo de la Crisis Hipertensiva

I. Introducción

La hipertensión arterial puede presentar ocasionalmente complicaciones agudas. Un reconocimiento y tratamiento adecuados pueden preservar la vida del paciente.

II. Puerta de Entrada al Protocolo

La puerta de entrada es la elevación brusca de la TA diastólica, por encima de 120 mmHg ó 100 mmHg en embarazadas, así como la presencia de emergencia hipertensiva.

III. Diagnóstico

Debe ser enfocado a diferenciar la situación de la que se trate y a la búsqueda etiológica. Para ello haremos la siguiente clasificación:

- 1. Emergencias hipertensivas:** cursan con daño agudo de algún/os órganos diana: corazón, SNC y riñón. Precisa tratamiento hospitalario en el menor tiempo posible. Engloba:
 - Encefalopatía hipertensiva.
 - HTA maligna.
 - Afectación del SNC: infarto cerebral, hemorragia cerebral y hemorragia subaracnoidea.
 - Isquemia miocárdica: angor o infarto.
 - Edema agudo de pulmón.
 - Aneurisma disecante de aorta.
 - Enfermedad hipertensiva del embarazo.
 - Insuficiencia renal aguda.
 - Crisis catecolamínica.
- 2. Urgencias hipertensivas:** TA diastólica >120 mmHg sin daño orgánico. El tratamiento debe iniciarse lo antes posible, la reducción de la TA se hará en 24-48 horas y en muchas ocasiones no precisa hospitalización.
- 3. Hipertensión no complicada y transitoria** en relación con factores tales como: dolor, ansiedad, privación alcohólica, deshidratación, acción de otras drogas, etc. El tratamiento debe enfocarse a la causa que lo origina (tratar al paciente y no la HTA).

IV. Valoración Inicial

Anamnesis

- Edad.
- Sexo.
- Profesión y hábitos.
- Factores de riesgo cardiovascular.
- Embarazo.
- Supresión de fármacos.
- Antecedentes familiares.
- Enfermedades concomitantes y toma de medicación.
- Síntomas. Además del daño orgánico en las emergencias hipertensivas debemos buscar los más frecuentes en caso de HTA:
 - Cefaleas. Nauseas. Vómitos.
 - Alteraciones visuales.
 - Rubicundez facial.
 - Crisis convulsivas.
 - Sudoración.
 - Palpitaciones.

Exploración Física

Además de la exploración general debemos prestar atención a:

- TA en decúbito y de pie.
- Auscultación pulmonar y cardíaca.
- Pulsos centrales y periféricos (existencia y simetría).
- Exploración abdominal.
- Examen neurológico si procede.
- Fondo de ojo (a valorar).

Exploración Complementaria

- **Obligadas:** ECG y Tira reactiva de orina.
- **Ingreso hospitalario o estudio ambulatorio:** ECG, RX de tórax, bioquímica en sangre, orina y hemograma.

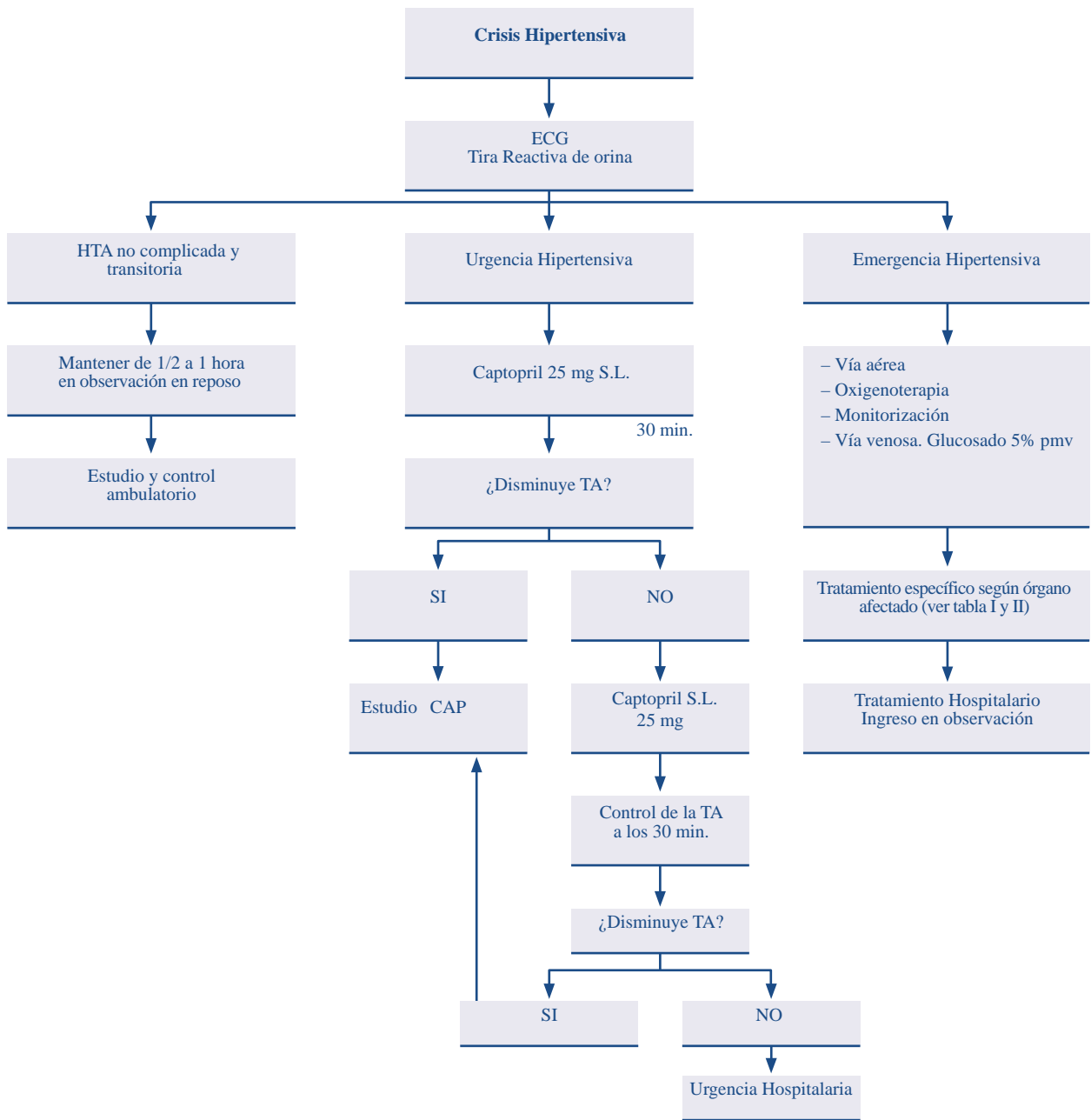
Las pruebas obligatorias se realizarán siempre, independientemente del nivel asistencial. El resto de las pruebas se realizarán en el hospital en caso de emergencias hipertensivas o urgencias hipertensivas que requieran ingreso. En los casos que no se requiera ingreso hospitalario, se realizarán a nivel ambulatorio por su médico de familia.

Debemos tener en cuenta unas consideraciones terapéuticas:

- En casos de afectación del SNC el uso de nifedipino puede provocar cambios bruscos en la TA produciendo descensos poco deseables por lo que no consideramos su uso.
- En la emergencia hipertensiva el uso de diuréticos (sin ser tampoco de elección) debe reservarse al edema agudo de pulmón.

V. Actitud Terapéutica

DIAGRAMA 9 MANEJO DE LA CRISIS HIPERTENSIVA



- El *Captopril* es más eficaz en HTA con valores altos de renina y contraindicada en insuficiencia renal e hiperpotasemia. Se puede usar por vía sublingual.
- En caso de afectación del SNC no se debe disminuir la TA de forma súbita. Debe mantenerse la TA diastólica aproximadamente en 100 mmHg o un descenso no superior al 20% en las primeras dos horas. El fármaco de elección es el *Labetalol*.
- En el aneurisma de aorta el objetivo es mantener TA sistólica de 110-120 mmHg.

- El *Urapidilo* puede ser una buena alternativa en la emergencia hipertensiva por vía IV en bolo y en perfusión. Es un alfa-1 bloqueante por lo que carece de acción taquicardizante y también tiene efecto antihipertensivo central, por ser agonista selectivo de los receptores de serotonina. Se presenta en ampollas de 10 ml. con 25 y 50 mg. Se comienza con 25 mg. en bolo pudiendo repetir en 5 minutos. Perfusión 9-30 mg/h.

TABLA I FARMACOS DE ELECCION EN LA EMERGENCIA HIPERTENSIVA

Emergencia Hipertensiva	Tratamiento de elección
Encefalopatía y otras alteraciones del SNC. Edema agudo de pulmón.	Labetalol o Nitroprusiato. Nitroglicerina o Nitroprusiato. Asociar Cloruro Mórfico.
Isquemia miocárdica. Feocromocitoma. HTA inducida por el embarazo. Aneurisma Aórtico.	Nitroglicerina. Labetalol. Sulfato de Magnesio más Hidralacida. Labetalol.

TABLA II FARMACOS DE USO MAS FRECUENTE EN LA EMERGENCIA HIPERTENSIVA

Fármaco	Forma I.V.	Comienzo	Duración	Preparación y dosis
Nitroprusiato	Perfusión	Inmediato	2-3 min.	Viales de 50 mg para mezclar con 5 ml de disolvente especial. Se disuelve un vial en 500 ml de glucosado al 5% y se administra a dosis de 0,5-8 mg/kg/min. (aproximadamente 20-30 µgotas/min.) Recordar que este fármaco es fotosensible.
Labetalol	Bolo Perfusión	5-10 min.	3-6 h.	Ampollas de 20 ml con 100 mg. Administrar rápidamente 50-100 mg en 1 min, repitiendo dosis de 50-80 mg cada 5-10 min. No pasar de 300 mg. Disolver una ampolla en 100 ml de suero glucosado al 5% y pasar a un ritmo de 2 mg/min (140 µgotas/ min). La dosis total oscila entre 50 y 200 mg.
Nitroglicerina	Perfusión	1-2 min.	3-5 min.	Ampollas de 5 mg. Se disuelven 15 mg en 250 ml de glucosado al 5% y se administra a dosis de 20 mg/min (20 ml/h ó 7 got/min) incrementándose la dosis de 10 en 10 mg/min cada 10 min.
Hidralacina	Bolo	10-20 min.	3-6 h.	Ampollas de 1 ml con 20 mg. Se administra de 5-10 mg cada 5-15 min.