

Tema 4: Crisis hipertensivas

INTRODUCCION

La prevalencia de la HTA en España es desde un 35% en la edad adulta, hasta superar el 68% en el anciano.

Se define crisis hipertensiva como una elevación de la presión arterial rápidamente progresiva, capaz de producir alteraciones estructurales o funcionales en los órganos diana de la HTA.

Debemos aclarar en primer lugar tres situaciones clínicas diferentes:

- 1) **HTA crónica:** Definimos HTA como la existencia de una tensión arterial sistólica >140 mmHg y/o de una tensión arterial diastólica >90 mmHg . HTA crónica sería la elevación persistente en un paciente asintomático. Carece de riesgo y repercusión inmediata sobre órganos vitales.
- 2) **Urgencia hipertensiva:** Son elevaciones bruscas de PAS ≥ 210 mmHg y/o PAD ≥ 120 mmHg asintomáticas y sin riesgo agudo orgánico evidente ni disfunción de órganos diana. Clínicamente va acompañada de síntomas generales inespecíficos como cefalalgia, astenia, náuseas sin vómitos...etc.
- 3) **Emergencia hipertensiva:** Se define como la elevación brusca de la presión arterial que produce alteraciones orgánicas o funcionales en los órganos diana del proceso hipertensivo (cerebro, riñón, retina, corazón y vasos sanguíneos) cuya integridad puede quedar irreversiblemente lesionada, por tanto hay que reducir la presión arterial en un intervalo de 1-2 h.
Se consideran emergencias hipertensivas:

- Encefalopatía hipertensiva
- Fallo ventricular izquierdo hipertensiva
- Hipertensión con infarto de miocardio
- Hipertensión con angina inestable
- Hipertensión y disección aórtica
- Hipertensión grave asociada a hemorragia subaracnoidea o accidente cerebrovascular
- Crisis en feocromocitoma
- Uso de drogas como anfetaminas, LSD, cocaína o éxtasis
- Hipertensión perioperatoria
- Preeclampsia grave o eclampsia

DIAGNÓSTICO

En primer lugar es importante diferenciar la crisis hipertensiva de la hipertensión transitoria que tiene lugar en pacientes basalmente normotensos como respuesta a determinadas situaciones como el estrés emocional o el dolor ya que en estas situaciones no está indicado el tratamiento con fármacos hipotensores, sino con ansiolíticos o analgesia. Además hay que tener presente que las cifras tensionales superiores al rango normal no constituyen por si mismas crisis hipertensivas si esta elevación se ha producido de forma paulatina sino que estamos ante una hipertensión arterial crónica mal controlada.

1) ANAMNESIS

- a) Antecedentes de HTA personales y familiares.
- b) Sintomatología asociada: dolor o estrés emocional
- c) Tto.concomitante: simpaticomiméticos, IMAO o intoxicaciones con cocaína y anfetaminas.
- d) Descartar hipertensión refractaria: En situaciones de mala adhesión al tratamiento, transgresiones dietéticas con la sal , tto inadecuado, estrés emocional, HTA secundaria y pseudohipertensión.

2) EXAMEN FÍSICO

Desde anodino hasta los signos propios de cada uno de los síndromes que definen las emergencias hipertensivas.

Debemos prestar especial atención a la detección de:

- Disminución del nivel de conciencia
- Síndrome confusional agudo
- Focalidad neurológica
- Dolor torácico agudo
- Síntomas y signos de insuficiencia cardiaca.
- Asimetría de pulsos periféricos
- Embarazo

3)PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

- Hemograma, Bioquímica, coagulación, ionograma y función renal.
- Rx.de tórax: Importante prestar atención a la silueta cardiaca y signos de descompensación hemodinámica
- ECG.
- Fondo de ojo
- TC cerebral si sospecha de encefalopatía hipertensiva
- TC toraco-abdominal si sospecha de aneurisma disecante de la aorta

TRATAMIENTO FARMACOLOGICO

URGENCIAS HIPERTENSIVAS

En primer lugar se llevará a cabo un reposo de 5-10 minutos, tras ello haremos una evaluación clínica general con comprobación de cifras tensionales y fondo de ojo.

Fármacos

- Captopril 25-50 mg v.o
- Atenolol 50-100 mg v.o
- Nifedipino 10-20 mg v.o

Utilizaremos uno de los anteriores y repetiremos la medida de la PA y en caso de no modificarse esta, asociaremos furosemida i.v en un plazo de 1-2 horas y volveremos a medir la PA.

- Si hay descenso se da el alta y se remite a su medico de atención primaria o a la unidad de Hipertensión Arterial para completar su estudio y control ambulatorio.
- Si persisten cifras de PA 210-120 procedemos al ingreso hospitalario.

EMERGENCIAS HIPERTENSIVAS

En primer lugar monitorizaremos al paciente y canalizaremos una vía venosa periférica.

Deberemos conseguir una reducción de la PA no superior al 25% en 1-2 horas y en todo caso hasta llegar a 160-100 mmHg en 6 horas.

En función del contexto clínico de la emergencia hipertensiva se establece tratamiento con determinados fármacos.

Nunca deberemos olvidar que algunos de ellos tienen importantes contraindicaciones.

Fármacos en emergencias hipertensivas	
	Elección
-Encefalopatía hipertensiva	-Nitropusiato -Labetalol -Urapidilo
-ACV isquémico 210-120 -ACV hemorrágico 180-105	-Labetalol -Captopril
EAP	-Nitroglicerina -Furosemida
Cardiopatía isquémica	Nitroglicerina
Aneurisma disecante de la aorta	Nitropusiato+Labetalol o propanolol
Eclampsia	Hidralacina Labetalol
Síndrome de liberación de catecolaminas	-Nitropusiato+propanolol -Labetalol

Contraindicaciones	
Fármaco	
Captopril	Contraindicado:hiperpotasemia e Insuf.renal
Nifedipino	Contraindicado: HIC Precaución: cardiopatía isquémica
Furosemida	Precaución: cardiopatía isquémica o aneurisma disecante de la aorta
Nitropusiato sódico	Contraindicado:En insuf. Renal →intox.tiocianatos
Labetalol	Contraindicado:Insuf.cardiaca,EPOC e isquemia arterial periferica
Urapidilo	Precaución: Insuficiencia hepática grave

BIBLIOGRAFIA

-Guías de la Sociedad Española de HTA 2005. Hipertensión 2005; 2005;22(supl 2): 44-6

-Guías de la Sociedad Europea de Hipertensión Arterial 2007.J Hypertens 2007;25:1105-118

http://www.riesgovascular.org/pre/PA/guia_eur_HTA_2007.aspx

-Manual de urgencias 2º edición 2010. M.Rivas

-Compendio de medicina de urgencias .Guía terapéutica 2º edición L. Jiménez Murillo