

Urgencias y emergencias hipertensivas

Unidad Docente de Anestesiología y Medicina Críticos

Departamento de Cirugía

Universidad de Valladolid

Índice

- 1. Introducción**
- 2. Clasificación**
- 3. Etiología**
- 4. Diagnóstico:**
 - 4.1 Clínica**
 - 4.2 Pruebas complementarias**
- 5. Tratamiento**
 - 5.1 Manejo**
 - 5.2 Farmacología**



Índice

1. Introducción

2. Clasificación

3. Etiología

4. Diagnóstico:

4.1 Clínica

4.2 Pruebas complementarias

5. Tratamiento

5.1 Manejo

5.2 Farmacología



Introducción

Se define la HTA por la existencia de cifras de TA $> 140/90$ medida en tres ocasiones con un intervalo superior a una semana.

Es una enfermedad crónica frecuentemente asintomática que a lo largo de su evolución puede presentar episodios críticos con afectación orgánica o no.



Índice

1. Introducción

2. Clasificación

3. Etiología

4. Diagnóstico:

4.1 Clínica

4.2 Pruebas complementarias

5. Tratamiento

5.1 Manejo

5.2 Farmacología



Clasificación

URGENCIA HIPERTENSIVA o CRISIS HIPERTENSIVA SIMPLE	Elevación aguda de la TAS \geq 180 y/ó TAD \geq 120 sin disfunción de órganos diana, pero con clínica como es cefalea, epistaxis
EMERGENCIA HIPERTENSIVA	Elevación de la TA asociada a lesión grave o progresiva de los órganos diana. TA $>$ 180/120
PSEUDOCRISIS HIPERTENSIVA O FALSA URGENCIA HIPERTENSIVA	Elevación de la TA \geq 180/120, pero debido a alguna causa corregible



Índice

1. Introducción

2. Clasificación

3. Etiología

4. Diagnóstico:

4.1 Clínica

4.2 Pruebas complementarias

5. Tratamiento

5.1 Manejo

5.2 Farmacología



Etiología

- En paciente sin AP de HTA: se producen un 8% de la EH y un 80% de las UH
- Uso de fármacos:
 - AINEs
 - Cocaína
 - Anfetaminas
 - Anticonceptivos
 - Fenciclidina, IMAOs
- HTA secundarias:
 - Feocromocitoma
 - Enfermedad renal
 - Cushing, hiperaldosteronismo
 - Enfermedad renal vascular
 - ACV
 - Feocromocitomas



Índice

1. Introducción

2. Clasificación

3. Etiología

4. Diagnóstico:

4.1 Clínica

4.2 Pruebas complementarias

5. Tratamiento

5.1 Manejo

5.2 Farmacología



4.1 Clínica

- **URGENCIA HIPERTENSIVA o CRISIS HIPERTENSIVA SIMPLE:**

Asintomático o con síntomas inespecíficos (mareo, cefalea leve...) o epistaxis leve.

- **EMERGENCIA HIPERTENSIVA:**

Según el órgano diana afectado los síntomas pueden ser:

- Cefalea intensa y brusca
- Alteraciones visuales
- Disminución o alteración del nivel de conciencia
- Focalidad neurológica
- Convulsiones
- Dolor torácico: SCA, disección de aorta.
- Síntomas o signos de insuficiencia cardiaca: EAP
- Mala perfusión periférica o asimetría de pulsos periféricos
- Oliguria o hematuria



4.1 Clínica

ES FUNDAMENTAL EL DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE URGENCIA, EMERGENCIA Y FALSA URGENCIA HIPERTENSIVA

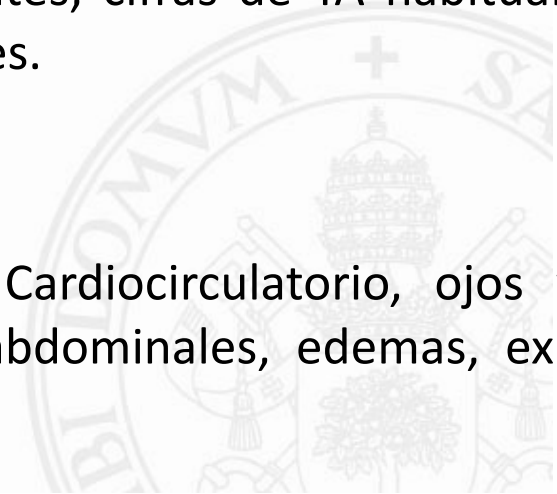
- **Comprobar** cifras de TA en ambos brazos con manguito adecuado de forma repetida tras 10 minutos en reposo.

- **Anamnesis:**

HTA conocida o no, tiempo de evolución, tratamiento y cambios recientes, cifras de TA habituales, otros fármacos, tóxicos, patología conocida de órganos diana y síntomas actuales.

- **Exploración física:**

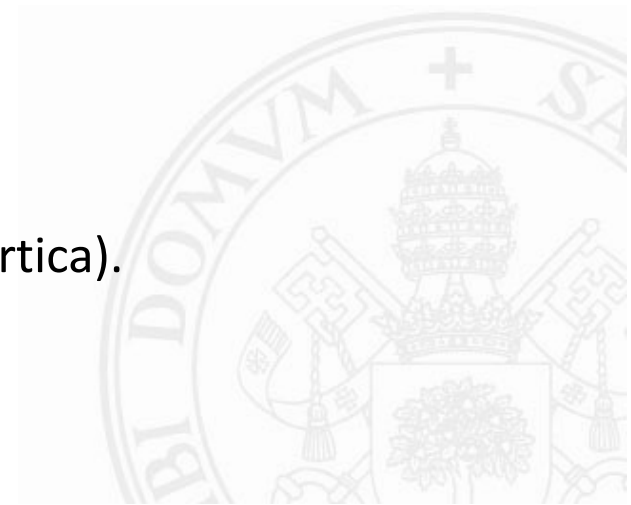
Sistemática pero con especial atención a los órganos diana (SNC, Cardiocirculatorio, ojos y riñón). Auscultación cardiopulmonar, pulsos carotídeos y periféricos, soplos abdominales, edemas, exploración neurológica y fondo de ojo.



4.2 Pruebas complementarias

Se solicitan cuando hay una emergencia hipertensiva:

- ECG.
- Rx tórax PA y lateral.
- SS, BQ (función renal).
- SO y tira de orina (proteinuria, hematuria).
- Según sospecha clínica:
 - CK, y troponina I (en cardiopatía isquémica).
 - Gasometría arterial (en disnea o EAP).
 - Equilibrio ácido-base en Insuficiencia renal.
 - TC craneal (en ACV).
 - ECOcardiograma o TC toracoabdominal (sospecha disección aórtica).



Índice

1. Introducción
2. Clasificación
3. Etiología
4. Diagnóstico:
 - 4.1 Clínica
 - 4.2 Pruebas complementarias
- 5. Tratamiento**
 - 5.1 Manejo**
 - 5.2 Farmacología**



5.1 Manejo

FALSA URGENCIA HIPERTENSIVA:

- Tratamiento de la causa que genera la elevación de la TA (analgesia, sonda vesical...).

URGENCIA HIPERTENSIVA:

- Ambiente tranquilo. A veces son precisos ansiolíticos.
- No se debe usar la vía sublingual (efecto rebote).
- Fármacos orales.
- Los más usados los IECAs.
- Bajar de manera progresiva.



5.1 Manejo

EMERGENCIA HIPERTENSIVA: Objetivo:

- Descenso de la TA media no más del 25-30% e un plazo máximo de 1 hora.
- Después se mantienen unas cifras tensionales en torno a 160/100 (en las 2-6 horas posteriores).
- Precisa fármacos por vía iv, monitorización de TA y frecuencia cardiaca.
- Administrar fluidoterapia simultáneamente.



5.2 Farmacología

SITUACIONES PATOLÓGICAS Y FÁRMACOS ACONSEJADOS SEGÚN PATOLOGÍA

SITUACIÓN	ACONSEJADOS	DESACONSEJADOS
Encefalopatía hipertensiva	Labetalol, urapidilo, nitroprusiato	Calcioantagonistas
Ictus isquémico y hemorrágico. hemorrágico	Urapidilo, labetalol, enalapril, nicardipino	
Hemorragia subaracnoidea	Nimodipino (anti-vasoespasma). Urapidilo, labetalol, enalapril (anti HTA).	
Disección aórtica	Elección: propranolol + nitroprusiato. Alternativa: labetalol, urapidilo	Calcioantagonistas
Insuficiencia cardíaca	De elección: nitroglicerina. Alternativa: enalapril, urapidil.	Betabloqueantes: labetalol (α y β -bloqueante)
Isquemia miocárdica	Elección: nitroglicerina. Alternativas: urapidilo, labetalol, nitroprusiato	Calioantagonistas
Feocromocitoma y otras crisis catecolaminérgicas	Elección: fentolamina. Alternativas: nitroprusiato, labetalol, urapidilo.	Beta-bloqueantes.
Consumo de drogas simpaticomiméticas	Lbetalol, urapidilo, nitroprusiato	Betabloqueantes puros.
Insuficiencia renal	Labetalol, urapidilo, nitroprusiato, nifedipino.	Enalapril o captopril (salvo descartada estenosis arteria renal)
Preeclampsia y eclampsia	Hidralazina, urapidilo, labetalol	Nitroprusiato, diuréticos, captopril, enalapril, β -bloqueantes puros.

Gracias