

ABORDAJE PRACTICO CLINICO PARA MANEJO DE CRISIS HIPERTENSIVA

1. PROPÓSITO

Esta guía propone acciones para la valoración inicial, orientación diagnóstica y terapéutica de la Crisis hipertensiva (emergencia o urgencia hipertensiva), en los pacientes que acuden al servicio de Urgencias

2. ALCANCE

Esta guía está dirigida a los médicos y personal de enfermería encargados del manejo de pacientes.

3. DEFINICIONES

La crisis hipertensiva hace referencia a la manifestación de síntomas asociados a cifras tensionales elevadas. Se divide en urgencias hipertensiva o emergencia hipertensiva, dependiendo de la aparición del compromiso de órgano blanco como cerebro, corazón o riñón, en esta última independientemente de las cifras en las dos.

EMERGENCIA HIPERTENSIVA: Elevaciones de la presión arterial en presencia de compromiso de órgano blanco, esto se refleja en la aparición de alteración en los azoados en el caso del riñón, exudados en el fondo de ojo, alteración del EKG, signos neurológicos, etc. El manejo es terapia endovenosa

URGENCIA HIPERTENSIVA: Elevaciones de la presión arterial en ausencia de compromiso de órgano blanco. Tiene horas o días para controlar la tensión y el manejo es oral.

4. CONTENIDO

4.1. Fisiopatología

Durante la crisis, el endotelio trata de compensarse por el cambio en la vasorreactividad liberando óxido nítrico. Cuando las grandes arterias y arteriolas censan el aumento en la PA, ellas responden con vasoconstricción y posteriormente con hipertrofia para limitar la presión alcanzada a nivel celular y afectar la actividad celular. La contracción prolongada del músculo liso conduce a una disfunción celular, pérdida de la producción de óxido nítrico y un incremento irreversible en la resistencia arterial periférica. Recuerde que en el adulto mayor con enfermedades como DBT y la misma HTA, el endotelio está enfermo y no produce óxido nítrico. Sin la continua liberación de óxido nítrico, la respuesta hipertensiva se vuelve más severa, promoviendo daño endotelial adicional y un continuo ciclo vicioso.

4.2. Manifestaciones clínicas

El infarto cerebral se observó en el 24%, encefalopatía en el 16% y hemorragia intracerebral y subaracnoidea, en el 4% de los pacientes. Criterios de ASPECTS le permiten justificar un TAC cuando considere.

Anormalidades del sistema nervioso central fueron seguidas por complicaciones cardiovasculares.

4.3. Evaluación clínica

ABORDAJE PRACTICO CLINICO PARA MANEJO DE CRISIS HIPERTENSIVA

Una historia clínica completa es importante para determinar el diagnóstico de hipertensión arterial, la severidad y los niveles de presión arterial promedio que maneja cada paciente. La reconciliación medicamentosa es fundamental.

El examen neurológico es necesario para determinar signos focales de un evento cerebral isquémico o hemorrágico. La presencia de delirio, náusea, vómito y convulsiones indica encefalopatía hipertensiva. La fundoscopia puede ser de ayuda debido a la presencia de exudados, hemorragia o papiledema, los cuales soportan el diagnóstico de encefalopatía hipertensiva. Siempre regístrela en estos pacientes.

El examen cardiovascular incluye la auscultación de nuevos soplos de insuficiencia aórtica asociados con disección o con regurgitación mitral isquémica y presencia de galope por III o IV ruido. Estertores en los campos pulmonares indican la presencia de edema pulmonar.

Los estudios de laboratorio deben incluir: hemograma, uroanálisis, microalbuminuria en tira, glicemia, electrolitos en suero, y creatinina.

Se debe tomar un electrocardiograma para descartar la presencia de isquemia miocárdica e hipertrofia ventricular izquierda.

Debe tomarse una radiografía de tórax para descartar cardiomegalia y mediastino ensanchado.

4.4. Tratamiento

El lugar de tratamiento, ambulatorio u hospital depende de la confiabilidad del paciente y su red de apoyo. En pacientes con familias comprometidas, que entiendan cabalmente el problema y que sea confiable en la toma de los medicamentos, es seguro y costo efectivo iniciar un manejo antihipertensivo oral en casa con cita de control obligatoria a las 24 horas.

En la urgencia hipertensiva en donde tiene tiempo para controlar la tensión, utilice:

- Captopril 25-50 mg VO, recuerde que no existe la administración sublingual y la absorción se altera con las comidas. Su biodisponibilidad es en 15 minutos, por lo que es la primera elección.
- Clonidina 150-300ug VO, pero actúa en 30 minutos y por eso es segunda línea, debe tratar de mantener sentados a estos pacientes, pues puede producir ortostatismo.
- Labetalol 200-400 mg VO, actúa en 45 min, pero tiene alguna tendencia idiosincrática en la población colombiana.

El mecanismo de autorregulación que ocurre en pacientes con emergencia hipertensiva y debido al compromiso de órgano blanco, la corrección rápida y excesiva de la PAM puede disminuir la perfusión en los órganos y provocar lesiones orgánicas adicionales. Por esta razón, no debe lograr bajar más allá del 25% de la inicial. El manejo IV va encaminado a mantener el control de lo administrado: Su mejor elección Nitroprusiato, le sigue el B-bloqueador en todo menos edema cerebral. Familiarícese con la dosis.

Médico hospitalario: determina que hay compromiso de órgano blanco- Hospitaliza al paciente.

Médico hospitalario: solicita interconsulta a especialista (internista)

Médico hospitalario: ordene LEV- inicie hipotensor IV según órgano blanco

- NITROPRUSIATO DE SODIO Amp 50 mg. Proteger de la luz
0.25 - 8 mcg/Kg/min
- NITROGLICERINA Amp 50 mg para mezcla o premezclada

**ABORDAJE PRACTICO CLINICO PARA
MANEJO DE CRISIS HIPERTENSIVA**

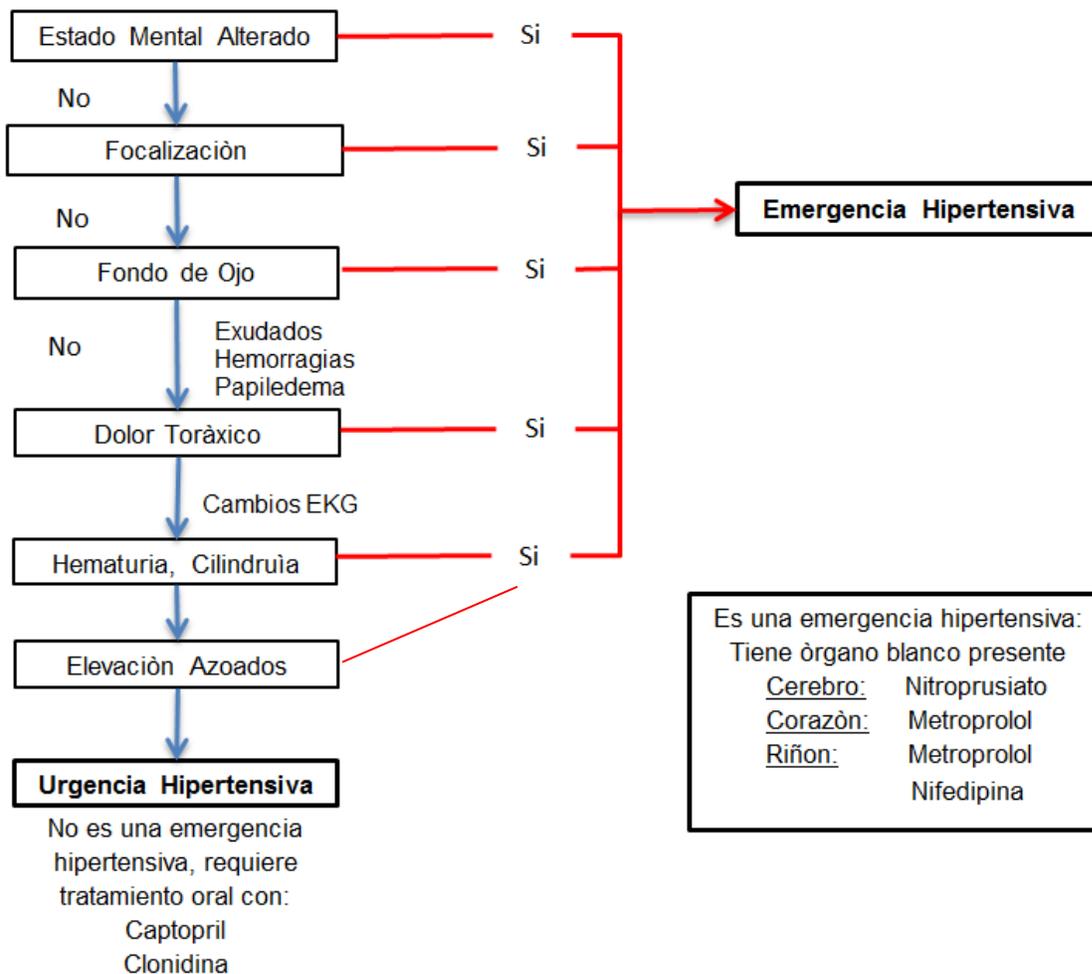
0,25 - 10 mcg/Kg/min

- Betablo-queadores Labetalol bolo IV de 20 mg lento que puede repetir en 10 m
Metoprolol de 2.5 mg a 10 mg considere la dosis ajustada

Médico especialista: tome control del paciente y maneje según criterio.

5. ALGORITMO

CRISIS HIPERTENSIVA



6. BIBLIOGRAFÍA

1. Aggarwal M, Khan IA. Hypertensive crisis. Hypertensive emergencies and urgencies. CardiolClin 2006; 24:135-46.

**ABORDAJE PRACTICO CLINICO PARA
MANEJO DE CRISIS HIPERTENSIVA**

2. Carrizosa E. Urgencia Hipertensiva. Guías para manejo de urgencias. Tomo I 2003. Segunda edición. 432-5.
3. Cheng SA, Hsiao EC, Kag MJ. Hypertensive urgency and emergency. En The Osler Medical Handbook. Nilsson KR, Piccini JP. Saunders Elsevier. Philadelphia, 2006.
4. Feldstein C. Management of hypertension crises. American J Therap 2007; 14:135-9.
5. Flanigan JS, Vitberg D. Hypertensive emergency and severe hypertension: what to treat, who to treat and how to treat. Med Clin N Am 2006; 90: 439-51.
6. Marik PE, Varon J. Hypertensive crises challenges and management. Chest 2007; 131:1949-61.
7. Stewart DL, Feinstein SE, Colgan R. Hypertensive urgencies and emergencies. Prim CareClin Office Pract 2006; 33:613-23.
8. Guías para manejo de urgencias. Ministerio de la protección social Colombia. 2009; 373-381

7. ANEXOS

Ninguno