Crisis Hipertensiva

GABRIEL LOPEZ M., MD.

Cúcuta, Colombia

Urgencia

Elevación sintomática de la tensión arterial (TA) sin producir disfunción aguda de órgano vital, en la cual se requiere disminuir la presión sanguínea dentro de las 24 horas siguientes en general con medicación oral.

- Hipertensión Acelerada o Maligna
- Pre y pos Qx
- Quemaduras
- T.C.E.
- Cuadripléjicos
- Suspensión de antihipertensivos
- Trasplante renal

Emergencia

Elevación abrupta y severa (no siempre) de la TA que produce disfunción potencialmente letal de un órgano blanco que requiere de la reducción inmediata de la presión sanguínea (no necesariamente a valores normales) para prevenir o limitar el daño. Deben ser atendidos en la UCI con medicación IV.

- *Emergencia cerebrovascular :*
  Encefalopatía hipertensiva
  Hemorragia Intracraneal
- *Emergencia cardiovascular:*
  Angina o a IAM
  Falla Ventr. Izq. con edema pulmonar
  Disección aórtica

Otras:
Eclampsia
Hipertensión severa asociada a embarazo
Insuficiencia renal
Feocromocitoma

Se debe realizar la historia clínica completa (hasta donde el estado clínico del paciente lo permita), examen físico completo que incluya fundoscopia y examen neurológico. Rayos X de tórax, ECG, creatinina, NU, sodio, potasio, cloro, calcio, magnesio, uroanálisis.

Hospital San Juan de Dios, Unidad de Cuidados Intensivos, Cúcuta, Colombia
Correspondencia: Gabriel López M., MD, Hospital San Juan de Dios, Unidad de Cuidados Intensivos, Cúcuta, Colombia.

Tratamiento

Consideraciones generales

En la mayoría de las situaciones clínicas no es necesaria la normalización completa de la presión arteria; y con contadas excepciones no debe ser el objetivo del tratamiento.

Edad: Los ancianos presentan un riesgo mayor de efectos adversos cuando la presión arterial se disminuye rápidamente. La capacidad de autorregulación es reducida y los ancianos tienen mayor sensibilidad a los efectos farmacológicos de la antihipertensión.

Volumen de líquidos: En ausencia de sobrecarga evidente de volumen se debe cuestionar el uso inicial de diuréticos. El uso previo de diuréticos y la baja ingesta de líquidos por anorexia, pueden contribuir a la reducción del volumen circulante efectivo.

Tratamiento antihipertensivo habitual: La toma habitual de medicación antihipertensiva pueden bloquear los reflejos compensatorios o haber reducido el volumen circulante.

Duración de la hipertensión arterial (HTA): En los pacientes con HTA crónica la autorregulación está alterada y la reducción rápida de la TA a valores normales puede producir isquemia cerebral.

Consideraciones específicas

Encefalopatía hipertensiva

Alteración de la función neurológica en presencia de un cuadro de HTA severa, por falla en la autorregulación del flujo cerebral. Cefalea generalizada, progresiva, severa. Alteración del estado mental hasta llegar al coma. Deterioro visual hasta llegar a la ceguera,. Náusea, vómito. Convulsiones (infrecuente). Déficit neurológico transitorio (a veces). Papiledema (no siempre). Déficit neurológico focal (posible lesión localizada: ACV).

Ante la duda diagnóstica se deben realizar exámenes complementarios (TAC) Existe rápida respuesta clínica al tratamiento. (Criterio confiable) Se recomienda disminuir la TAM entre el 20 y 30% en las primeras 24 hrs y posteriormente a límites normales según evolución.

Estudios paraclínicos: TAC cráneo, PD

Fármaco de elección: Nitroprusiato de sodio

Alternativa: Labetalol, I.V.

No se recomienda: Captopril, nifedipina o clonidina por el riesgo de hipotensión no deseada en esta entidad.

Hemorragia intracraneal

Es compleja la decisión terapéutica. Requiere una reducción rápida pero controlada de la TA para evitar un sangrado mayor. Sin embargo existe el riesgo de exacerbar la isquemia del tejido cerebral que rodea el área y aumentar el daño neurológico. Se recomienda no disminuir la TAD < de 100 - 110 mmHg o niveles que no comprometan la función cerebral.

Fármaco de elección: Nitroprusiato de sodio

Angina o infarto de miocardio

La meta es reducir el consumo de O_2 del miocardio y aumentar el suministro de sangre. La HTA dificulta el uso de trombolíticos, antitrombólicos y antiagregantes.

Controlada la HTA, se continuará con los protocolos correspondientes.

Fármaco de elección: Nitroglicerina (I.V.) o nitroprusiato de sodio (NPS) asociado a betabloqueadores para disminuir la FC y el VO_2 (tener cuidado con el Q).

No se recomienda: El captopril, nifedipina o clonidina SL por posible hipotensión.

Edema pulmonar

El determinante es el grado de disfunción ventricular preexistente. El fármaco debe disminuir la pre y la poscarga.

Estudios paraclínicos: EKG, Rx tórax.

Fármaco de elección: Nitroglicerina o nitroprusiato de sodio + furosemida (no siempre es necesario para el beneficio agudo en pacientes que están recibiendo un vasodilatador).

Alternativas (mientras se inicia la vía parenteral: captopril, nifedipina o clonidina SL.

Disección aórtica

La meta es disminuir la TA a niveles mínimos tolerables asociado a fármacos que disminuyan la fuerza y la velocidad de contracción miocárdica.

Estudios paraclínicos: EKG, Rx tórax, TAC tórax, etc.

Fármaco de elección: Nitroprusiato de sodio + betabloqueador parenteral (propanolol o metoprolol).

*Alternativas (mientras se inicia la vía parenteral):*Clonidina o captopril. No usar nifedipina por la taquicardia refleja.

Feocromocitoma

Sospecha clínica: Crisis de HTA asociada a: cefalea, sudoración, palidez, frialdad, temblor generalizado, palpitaciones, historia familiar de feocromocitoma, HTA inducida por anestésicos, hiperparatiroidismo o Ca de tiroides.

Los fármacos deben ser bloqueadores alfa y según necesidad beta.

Fármaco de elección: Fentolamina (Regitina) *; difícil de conseguir.

Alternativas: Labetalol; asociación nitroprusiato de sodio y betabloqueador.

Insuficiencia renal aguda

Fármaco de elección: Betabloqueadores.

Alternativas: Labetalol y anticálcicos (nicardipina). NPS es buena alternativa pero existe peligro de intoxicación dependiendo de la dosis. Furosemide según el caso. Evitar inhibidor de la ECA

Eclampsia

El tratamiento básico es desembarazar la paciente.

Se debe evaluar la volemia de la paciente antes de disminuir la presión arterial con antihipertensivos.

Fármaco de elección: Hidralazina.

Alternativas: Betabloqueadores. NPS para cuadros clínicos refractarios.

No se recomienda: Captopril, clonidina, nifedipina.

Contraindicados: Diuréticos.

Urgencias hipertensivas: El manejo puede iniciarse por vía sublingual u oral. Dar de alta según la respuesta y controlar las 24 horas.

Bibliografía

1. Merchán VA. Emergencia Hipertensiva. En Merchán VA (ed) Urgencia Cardiovascular. Fundación Clínica Shaio Vol 12 1993; 165-175.
2. The Fifth Report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. 1993.
3. Rubinstein EB, Escalante C. Hipertensive Crisis. Critical Care Medicine 1989; 5: 477-495.
4. García Diego L Hipertensión Fascículo 6, 1 ed.
5. Palma y cols. Perfil Hemodinámico en pacientes con preeclampsia y eclampsia Rev Asoc Mex Med Crit Tec Inten 1994; 8(1): 9-15.
6. Calhoun D, Oparil S. Treatment of hypertensive crisis. N Eng J Med 1990; 323:1163-1167.
7. Leal G: Dextran 40 en hipovolemia por enfermedad hipertensiva del embarazo. Ginec Obst Mex 1989; 57:263-269.