



Urgencias y emergencias hipertensivas

R. Santamaría^{a,b,*} y M. Gorostidi^{b,c}

^aUnidad de Gestión Clínica de Nefrología, Hospital Universitario Reina Sofía, Instituto Maimónides de Investigación Biomédica de Córdoba (IMIBIC), Córdoba, España

^bRed de Investigación Renal (RedinRen)

^cServicio de Nefrología, Hospital Universitario Central de Asturias, Oviedo, España

PALABRAS CLAVE

Emergencias hipertensivas;
Urgencias hipertensivas;
Lesión órgano diana

KEYWORDS

Hypertensive emergencies;
Hypertensive urgencies;
Target organ injury

Resumen

Las urgencias y emergencias hipertensivas son un motivo frecuente de consulta en la práctica clínica. Las urgencias hipertensivas se caracterizan por la elevación aguda de la presión arterial sin lesión del órgano diana. Las emergencias hipertensivas se caracterizan por elevación aguda de la presión arterial con lesión del órgano diana, que suponen una situación de riesgo vital para el paciente. Los objetivos de control de la presión arterial, la velocidad de consecución de los objetivos y los fármacos que se deberán emplear dependerán de la presencia o ausencia de lesión del órgano diana, del órgano lesionado y de las características individuales del paciente. El correcto diagnóstico y tratamiento es fundamental en el pronóstico del paciente.

© 2017 SEHLELHA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Hypertensive urgencies and emergencies

Abstract

Hypertensive urgencies and emergencies are common situations in clinical practice. Hypertensive urgencies are characterized by acute elevation of blood pressure without target organ damage. Hypertensive emergencies are life-threatening situations characterized by acute elevation of blood pressure and target organ damage. The aims of blood pressure control, antihypertensive drugs to use and route of administration will depend on the presence or absence of target organ damage and individual patient characteristics. The correct diagnosis and treatment of these situations are essential for patient prognosis.

© 2017 SEHLELHA. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: rsantamariao@gmail.com (R. Santamaría).

Definición de urgencia y emergencia hipertensivas

La elevación aguda de la presión arterial (PA), habitualmente por encima de 180 mmHg de PA sistólica (PAS) o 120 mmHg de PA diastólica (PAD) sin lesión del órgano diana se denomina urgencia hipertensiva. Si existe lesión del órgano diana, se denomina emergencia hipertensiva (tabla 1)^{1,2}. Ambas situaciones son frecuentes en la clínica y tienen repercusión en el pronóstico del paciente. Debido a la escasez de información de calidad, los consejos sobre su manejo están basados más en la experiencia que en la evidencia^{3,4}.

Evaluación del paciente con elevación aguda de la presión arterial

La evaluación inicial debe confirmar la elevación aguda de la PA, detectar factores desencadenantes y descartar la lesión del órgano diana⁵.

En la anamnesis se deben recoger antecedentes de hipertensión arterial, tiempo de evolución y grado de control, y otros factores de riesgo cardiovascular; detectar factores desencadenantes (incumplimiento del tratamiento antihipertensivo, dolor o ansiedad, consumo de fármacos o drogas que elevan la PA), y valorar la presencia de síntomas de lesión del órgano diana, tales como dolor torácico o interescapular, disnea, síndrome confusional agudo, náuseas, vómitos, convulsiones, alteración del nivel de consciencia o focalidad neurológica.

La exploración física debe recoger constantes vitales, midiendo la PA en las 4 extremidades. Se debe realizar una exploración cardiovascular y neurológica, y un examen del fondo de ojo buscando signos de lesión del órgano diana.

Se deben solicitar hemograma y frotis sanguíneo, bioquímica sanguínea, sedimento urinario, electrocardiograma, radiografía de tórax y, en caso de sospecha de emergencia

hipertensiva, exploraciones complementarias más específicas guiadas por la sospecha diagnóstica (tomografía computarizada [TC] cerebral, enzimas cardíacas, ecocardiograma o angio-TC torácica).

Manejo del paciente con urgencia hipertensiva

El paciente con urgencia hipertensiva suele requerir reducción gradual de la PA, en horas o días, que puede realizarse ambulatoriamente. Se aconseja tratar factores desencadenantes de la elevación de la PA (dolor, estrés o ansiedad). En caso de pacientes hipertensos previamente tratados se puede incrementar la dosis de medicación o añadir otros fármacos antihipertensivos. En caso de síntomas inespecíficos, tales como cefalea o ansiedad por el mal control de la PA, se han utilizado fármacos antihipertensivos de vida media corta por vía oral. Se desaconseja el uso de nifedipino sublingual, por riesgo de hipotensión brusca y fenómenos isquémicos.

Manejo del paciente con emergencia hipertensiva

Las emergencias hipertensivas suponen una situación de riesgo vital, que requiere ingreso, monitorización intensiva y medidas de soporte. Se aconseja la reducción de la PA rápida y parcial hasta un nivel seguro, con tratamiento farmacológico intravenoso. El valor de la PA seguro variará dependiendo de la emergencia hipertensiva y siempre individualizando en función de las comorbilidades⁶. Los pacientes con lesión aguda extracerebral se podrían beneficiar de una reducción intensiva y rápida de la PA, mientras que en pacientes con lesión cerebrovascular aguda, el objetivo de PA se debe alcanzar lentamente, con monitorización de la situación neurológica. Los fármacos aconsejados para la reducción de la PA dependerán de la emergencia hipertensiva (tabla 2).

En el caso del paciente con emergencia hipertensiva y cardiopatía isquémica, se aconseja la reducción rápida de la poscarga usando vasodilatadores periféricos (nitroglicerina o nitroprusiato) o bloqueadores beta (labetalol o esmolol).

En situación de edema agudo de pulmón, el objetivo es la reducción rápida de la poscarga y la congestión pulmonar con nitroglicerina, nicardipino, urapidilo o nitroprusiato y diuréticos. Los bloqueadores beta se deben evitar en situación de insuficiencia cardíaca descompensada.

En la disección aórtica, se aconseja reducir la PAS a 100-120 mmHg en 20-30 min, usando inicialmente bloqueadores beta de acción rápida, seguidos del empleo de vasodilatadores como el nitroprusiato, vigilando signos de isquemia por compromiso de ramas de la aorta.

En las emergencias con afectación cerebrovascular, se debe considerar el balance entre el riesgo de la PA elevada (hemorragia) y el riesgo del descenso rápido de la PA (expansión de área de isquemia perilesional), y actuar en consecuencia⁷. En fase aguda del ictus isquémico, las guías de la American Heart Association/American Stroke Association sugieren que si la PA inicial > 220/120 mmHg o si la PA > 185/110 mmHg junto con otra emergencia o tratamien-

Tabla 1 Situaciones consideradas emergencias hipertensivas

- Elevación aguda de la PA y afectación cardíaca
 - Disección aórtica aguda
 - Síndrome coronario agudo
 - Edema agudo de pulmón
- Elevación aguda de la PA y afectación cerebrovascular
 - Infarto isquémico cerebral
 - Hemorragia intracerebral
 - Hemorragia subaracnoidea
 - Encefalopatía hipertensiva
- Elevación aguda de la PA en relación con exceso de catecolaminas
 - Feocromocitoma
 - Drogas (simpaticomiméticos, cocaína)
 - Interacción con inhibidores de la monoaminooxidasa
- Otros
 - HTA postoperatoria
 - Eclampsia

HTA: hipertensión arterial; PA: presión arterial.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8661136>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8661136>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)