



# Urgencias Médicas

**Urgencia y Emergencia  
Hipertensiva**

**Erick Alexander**

**Docente:  
Dr. Romeo Suárez Martínez**

# Definición

## Crisis Hipertensivas (CH)

- Se define como una elevación aguda de la presión arterial (PA) capaz de producir, al menos en teoría, alteraciones funcionales o estructurales en los órganos diana de la HTA: corazón, cerebro, riñón, retina y arterias.



# Epidemiología



- La HTA es un factor de riesgo cardiovascular con una prevalencia estimada en nuestra población de un 42,6 %.
- En cuanto a la prevalencia de las CH hay pocos datos, pero al menos un estudio estima que constituyen un 1,45 % de todas las visitas a urgencias, de las cuales hasta un 27 % representan EH.

# Clasificación

Pseudo-CH:

Esta situación es aquella en la que la elevación de las cifras es consecuencia y no causa de la enfermedad del paciente.

UH:

Consiste en un ascenso aislado de cifras de PA pero sin afectación de órgano diana.

EH:

Es la verdadera patología urgente asociada a la elevación de la PA y por eso tiempo-dependiente.

# Manifestaciones clínicas

**UH: acompañar de síntomas leves e inespecíficos, como cefalea leve, mareo, astenia, acúfenos o náuseas.**

EH	SÍNTOMAS/SIGNOS	PRUEBAS COMPLEMENTARIAS
Accidente cerebrovascular agudo	Ictus isquémico: alteración del nivel de consciencia y focalidad neurológica Hemorragia subaracnoidea: cefalea brusca, rigidez de nuca, vómitos y signos neurológicos difusos Hemorragia intraparenquimatosas: cefalea, signos neurológicos focales y alteración del nivel de consciencia	Analítica: hemograma, bioquímica, coagulación TC craneal ECG
Encefalopatía hipertensiva	Cefalea intensa, náuseas, vómitos Déficit neurológico transitorio (edema cerebral focal) Alteración del nivel de consciencia Aumento de presión intracraneal Retinopatía grave Convulsiones, coma y muerte	Analítica: hemograma, bioquímica, coagulación TC craneal ECG
Insuficiencia cardíaca	Disnea, ortopnea, disnea paroxística nocturna, oliguria y edemas	Analítica: hemograma, bioquímica, coagulación Troponinas proBNP ECG Rx de tórax
Síndrome coronario agudo	Dolor torácico opresivo Síntomatología vegetativa	Analítica: hemograma, bioquímica, coagulación Troponinas proBNP ECG Rx de tórax
Dissección aórtica	Dolor torácico y/o abdominal intenso Datos de gravedad y mala perfusión Diferencia significativa de PA entre ambas extremidades	Analítica: hemograma, bioquímica, coagulación Troponinas proBNP ECG Rx de tórax TC toracoabdominal
Eclampsia	Gestación Oliguria y anuria Edemas Crisis convulsiva	Analítica: hemograma, bioquímica, coagulación ECG
HTA maligna	Cefalea, alteraciones visuales Deterioro de la función renal Retinopatía de grados III-IV	Analítica: hemograma, bioquímica, coagulación TC craneal ECG
Crisis catecolaminérgica	Cefalea, palpitaciones y sudoración	Analítica: hemograma, bioquímica, coagulación Troponinas proBNP ECG Rx de tórax

# Diagnóstico y Pruebas complementarias

TABLA 1

## Definición de crisis hipertensiva según distintas guías de consenso

Guía Europea de las Sociedades de Hipertensión Arterial y Cardiología	$\geq 180/120$ mmHg
Societat Catalana d'Hipertensió Arterial	$\geq 190/110$ mmHg
Sociedad Española de Hipertensión Arterial	$\geq 210/120$ mmHg

- En UH: sistemático de orina, electrocardiograma (ECG), radiografía (Rx) posteroanterior y lateral de tórax.
- En EH: según la sospecha clínica tras anamnesis y exploración física.

# Tratamiento

Vía de administración (oral frente a parenteral) y rapidez de descenso de las cifras de PA (minutos-horas frente a horas-días).



# Urgencias Hipertensivas



**El manejo inicial de las UH consiste en:**

- Trasladar al paciente a una habitación tranquila y con poca luz y ofrecerle reposo en 10-15 min, tras lo cual se volverá a tomar la PA.
- En caso de ansiedad, valorar el uso de una benzodiazepina.
- En la mayoría de los casos será necesaria la utilización de medicación antihipertensiva por vía oral.

## Fármacos usados en la urgencia hipertensiva

FÁRMACO	DOSIS	INICIO/DURACIÓN	CONTRAINDICACIÓN
<b>Captopril</b>	25-100 mg	15-30 min/4-6 h	Embarazo, estenosis bilateral de arteria renal, hiperpotasemia, insuficiencia renal moderada-grave
<b>Enalapril</b>	5-20 mg	1 h/24 h	
<b>Amlodipino</b>	5-10 mg	1-2 h/24 h	BAV 2.º-3.er grado. ICC con FEVI reducida
<b>Furosemida</b>	40 mg	30-60 min/6-8 h	Precaución si hay cardiopatía isquémica o aneurisma disecante de aorta

BAV: bloqueo auriculoventricular; ICC: insuficiencia cardíaca congestiva; FEVI: fracción de eyección del ventrículo izquierdo.

- En aquellos casos cuya sospecha sea el incumplimiento terapéutico, la reanudación del tratamiento.
- Se debe reevaluar al paciente clínicamente y, si hay respuesta, puede ser dado de alta con revisión en AP en las próximas 48-72 h.
- En cuanto a aquellos pacientes que debutan con una UH sin diagnóstico previo de HTA, también se recomienda iniciar tratamiento farmacológico desde la urgencia según las últimas guías clínicas.
- Si no hay mejoría clínica o persisten cifras  $> 180/110$  mmHg, se puede repetir la dosis del primer fármaco o usar un segundo fármaco.



- Si a las 2-6 h no hay respuesta, se recomienda utilizar la vía intravenosa.
- El paciente debe permanecer en observación si:
  - Aparece clínica sugestiva de EH.
  - Persisten cifras de PA  $> 180/110$ mmHg.
  - Persiste o empeora la clínica por la que consultó el paciente.
  - Hay dudas sobre la capacidad de cumplir el tratamiento por parte del paciente.

# Emergencia Hipertensiva

Así, a todos los pacientes:

- Se les asegurará la vía aérea y el manejo ABCDE.
- Se les trasladará a la zona de agudos/ críticos, donde se pueda asegurar la monitorización de PA, ECG y saturación de oxígeno (SatO<sub>2</sub>).
- Se les canalizará un acceso venoso para extracción de analítica y administración de fármacos.



**“Bibiano Guillén, C. (2018). Manual Urgencias 3<sup>a</sup> ed de Bibiano C. Madrid, España: Grupo Saned.”**

*Referencia*