



URGENCIAS Y EMERGENCIAS HIPERTENSIVAS

**DEFINICIÓN
DIAGNÓSTICO
MANEJO EN URGENCIAS**

Dra. C. Dall'Anese Siegenthaler. Servicio de Nefrología.
Sesión Urgencias. 5 de Mayo 2015.



URGENCIAS Y EMERGENCIAS HIPERTENSIVAS

Definiciones

-Hypertensive emergencies are defined as large elevations in SBP or DBP (>180 mmHg OR >120 mmHg respectively) associated with impending or progressive OD (Organ Damage)

Such as: Acute coronary syndromes, dissecting aortic aneurisms, acute pulmonary edema, hypertensive encephalopathy, acute cerebral infarction, intracerebral haemorrhage or acute arterial bleeding or eclampsia that represent clinical conditions in which an immediate blood pressure reduction is needed to prevent the progression of target-organ damage.”

-Hypertensive urgencies are characterised by severe elevations in BP (> 180/120 mm Hg) without evidence of acute OD.



DEFINICIONES

- ELEVACION SEVERA DE LA PA:
- $PAS \geq 180$ y/o $PAD \geq 120$ mmHg.
 - Con evidencia de daño orgánico agudo:
EMERGENCIA HIPERTENSIVA
 - Sin daño orgánico agudo evidente o asintomática: **URGENCIA HIPERTENSIVA.**

Diferencia: necesidad de bajar la PA más o menos rápido.



EVALUACIÓN INICIAL DEL PACIENTE

- Interrogatorio: HTA previa conocida sí o no; tto sí o no. Síntomas asociados. Cifras previas de PA o habituales.
- Expl fca cuidadosa: intentar siempre FONDO DE OJO
- ECG y Rx de Tórax
- Analítica (función renal; hemograma; orina)



URGENCIA HIPERTENSIVA

Diagnóstico

- **ELEVACIÓN SEVERA DE LA PA (≥ 180 y/o ≥ 120)**
- Asintomáticos (o stmas inespecíficos; cefalea el + fcte.).
- Frecuente en pacientes hipertensos conocidos, con escasa adherencia al tto crónico de su HTA (fármacos y/o dieta), ansiedad, situaciones de estrés psíquico , dolor...
- Frecuente en pacientes que han hecho una ingesta excesiva de sodio unos días u horas antes.
- **MUY FRECUENTE TRAS INGESTA DE AINES!!!**
- En jóvenes descartar abuso de sustancias ilícitas, anfetaminas, cocaína
- No olvidar el REGALIZ.



MANEJO INICIAL EN TODOS

- Confirmar !!! las cifras de PA con técnica adecuada.
- Dejar al paciente en reposo en un sitio tranquilo.
- **Eficacia: disminución inicial espontánea de 10-20 mmHg PAS y PAD.**



Pacientes con HTA conocida y tratada, asintomáticos:

- Esperar cifras de PA $\leq 160/100$, en varias horas o días.
- Aumentar el tratamiento previo añadiendo un diurético u otro fármaco antihipertensivo adecuado.
- Insistir en adherencia terapéutica
- Control del paciente en los próximos 7 días por su médico. Es un paciente para tratar de manera ambulatoria.



Pacientes sin tratamiento previo ("debut" de la HTA)

- Pacientes con alto riesgo cardiovascular:
- Reducción inicial de la PA a $\leq 160/100$ en pocas horas con medicación activa:
 - Captopril oral (12,5 mg repetidos cada 45-60 minutos, hasta 50 mg)
 - Nifedipino oral (20 mg; máximo 60 mg); otros como Nitrendipino, Amlodipino, Atenolol, Labetalol)
- Precauciones: EVITAR LA VÍA SUBLINGUAL. Cuidado con diuréticos: la depleción puede aumentar la PA sobre todo en ancianos.
- Observación en las 6-8 horas siguientes: objetivo descenso de 20-

¡SI VINO CON 200 MMHG DE PAS NO SE IRÁ CON 140 !!!!



Pacientes sin tratamiento previo ("debut" de la HTA)

■ Pacientes de bajo riesgo cardiovascular:

- Reducción de la PA en uno o dos días.
- Puede hacerse en Urgencias o en Consulta.
- Iniciar tratamiento antihipertensivo según indicación por patología asociada, edad, raza o sexo (guías).

■ Tranquilizar al paciente y a sus acompañantes, explicar...

¡SI VIENE CON 200 MMHG DE PAS NO SE IRA CON 140 !!!!



QUÉ DICEN LOS EXPERTOS

Treatment of hypertensive urgencies

-In the majority of patients with severe hypertension no signs of acute TOD are usually observed. In these patients BP should be lowered **gradually over a period of 24–48 hours**; this can often be achieved by orally administered drugs without hospital admission **and with close ambulatory follow-up**. Clinical surveillance is advisable during the first few hours after drug administration. Blood pressure lowering should be gradual: there is no proven benefit from a rapid reduction in BP in asymptomatic patients who have no evidence of acute TOD, and the precipitous fall in BP could do more harm than good.

An initial approach with a combination of antihypertensive drugs will increase the likelihood of effective BP reduction.

The degree of BP reduction induced by sublingual nifedipine can neither be predicted nor controlled and this preparation is not recommended [10].



EMERGENCIA HIPERTENSIVA

- Elevación severa (>180 PAS y/o >120 PAD) de la PA en presencia de daño activo de órganos diana, potencialmente mortal.
- TODAS DEBEN SER TRATADAS INMEDIATAMENTE.
- LA MAYORÍA REQUIEREN INGRESO EN UNIDADES DE CUIDADOS INTENSIVOS.
- CUADROS CLÍNICOS DEFINIDOS.
- DISTINTOS OBJETIVOS DE PA EN CADA CASO!!!



EMERGENCIAS HIPERTENSIVAS

Clasificación

HTA acelerada o Maligna	<ul style="list-style-type: none">-Deterioro renal frecuente (aumento Cr; hipokalemia)-Hemólisis leveDD: crisis renal de esclerodermia; SUH/PTT
Cerebrovascular	<ul style="list-style-type: none">-Encefalopatía HTA-ACV isquémico-Hemorragia intracerebral/subaracnoidea.
Cardíaco	<ul style="list-style-type: none">-Dissección Ao aguda-ICC-IAM-post Cirugía de bypass coronario



EMERGENCIAS HIPERTENSIVAS

Clasificación

Renal	<ul style="list-style-type: none">-GNF Agudas (vasculitis)-Crisis renal de enf. del colágeno-HTA tras Tx renal
Exceso de catecolaminas Circulantes	<ul style="list-style-type: none">-Crisis de feocromocitoma-Interacciones con IMAOs-Uso de drogas simpaticomiméticas (anfetaminas; cocaína)-HTA de rebote (abandono tto)
HTA asociada a la gestación	<ul style="list-style-type: none">-Eclampsia



EMERGENCIAS HIPERTENSIVAS

Clasificación

Quirúrgicas	<ul style="list-style-type: none">-HTA en pacientes preoperatorios-HTA post operatoria-HTA y sangrado post qx por herida
Quemados graves	
Epistaxis severa	



HTA ACELERADA O “MALIGNA”

- HTA MUY SEVERA (gralmente cifras >220 PAS y/o $>130-140$ PAD).
- **Retinopatía G 3-4** con o sin papiledema (hemorragias y exudados es suficiente).
- **Daño renal** fcte: Nefroangioesclerosis Maligna.



ETIOLOGÍA Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS

- **HTA conocida NO CONTROLADA o “debut” de HTA no conocida.**
- HTA Renovascular (raza blanca)
- Visión borrosa o incluso pérdida visual brusca por retinopatía severa.
- Nefroesclerosis Maligna: insuficiencia renal aguda, hematuria y proteinuria.
- Síntomas neurológicos: por hemorragia subaracnoidea, infartos lacunares o encefalopatía hipertensiva (cefalea, náuseas y vómitos, confusión, convulsiones y coma)



TRATAMIENTO

- SIEMPRE REQUIERE INGRESO.
- Antihipertensivos por vía parenteral siempre.
 - Objetivo de la PA: inicialmente se debe bajar la PAD hasta 100-105 mmHg, dentro de las 2-6 primeras horas, intentando que la máxima caída de PA inicial no exceda del 25% del valor inicial.
 - Una vez controlado, el paciente puede ser tratado por vía oral, con el objetivo de PAD 85-90 mmHg en los siguientes 2 a 3 MESES.



ENCEFALOPATÍA HIPERTENSIVA

- Otra manifestación de HTA Maligna.
- Stmas debidos a edema cerebral por disrupción de la autoregulación cerebral del flujo sanguíneo.
- Inicio insidioso: cefalea, nauseas, vómitos.
- Stmas neurológicos NO LOCALIZADOS.
 - Confusión, convulsiones, coma.
 - Tratamiento: COMO HTA MALIGNA.



EMERGENCIAS HTA ESPECIALES

- Síndromes Coronarios Agudos:
- La PA muy elevada puede producir isquemia miocárdica en pacientes sin coronariopatía previa sintomática.
 - Tto de elección: VASODILATADORES EV (NTG O NTP) en combinación con BB si no hay ICC (Labetalol, metoprolol, esmolol).
 - OJO CON LA "CURVA J": no se debería bajar a menos de 110/60 mmHg: riesgo de aumentar isquemia coronaria.



EMERGENCIAS HTA ESPECIALES

- **Insuficiencia Cardíaca por fallo VI:**
- La PA elevada puede desencadenarlo
- Se debe controlar rápidamente la PA
- Drogas de elección:
 - NTG o NTP ev en combinación con Diuréticos de Asa.



EMERGENCIAS HTA ESPECIALES

■ Diseccción Aórtica Aguda:

- Deben bajarse la PA y la FC lo más rápidamente que se pueda.
- La PAS DEBE BAJAR DE 100 MMHG en las primeras horas antes de tto quirúrgico urgente.
 - Drogas de elección: Vasodilatador (NTP) y BB (Labetalol) endovenosos.



EMERGENCIAS HTA ESPECIALES

- **“CRISIS DE FEOCROMOCITOMA”:**
- Manejo inicial:
 - Debe ser controlado inicialmente con una combinación de Alfa bloqueante (fentolamina o doxazosina) seguido por perfusión de un betabloqueante; también se puede usar NTP.
 - NO SE DEBEN USAR BB SOLOS, ya que el bloqueo de receptores B exacerbaría la elevación de PA por estímulo Alfa.



EMERGENCIAS HTA ESPECIALES

- **ACV ISQUÉMICO AGUDO :**
- Debe tratarse solamente si la PA es $\geq 220/120$ (o PAM > 140 mmHg). (Rec III; nivel de evidencia B)
 - Drogas de elección: BB (labetalol ev).
 - Objetivo de PA: no bajar más del 10-15% de las cifras iniciales.
 - SI TRATAMIENTO CON FIBRINOLISIS: se debe bajar la PA POST-fibrinolisis a $< 185/110$.

Recommendations	Class ^a	Level ^b	Ref. ^c
It is not recommended to intervene with BP-lowering therapy during the first week after acute stroke irrespective of BP level, although clinical judgement should be used in the face of very high SBP values.	III	B	544, 545
Antihypertensive treatment is recommended in hypertensive patients with a history of stroke or TIA, even when initial SBP is in the 140–159 mmHg range.	I	B	280, 296
In hypertensive patients with a history of stroke or TIA, a SBP goal of <140 mmHg should be considered.	IIa	B	280, 296, 297
In elderly hypertensives with previous stroke or TIA, SBP values for intervention and goal may be considered to be somewhat higher.	IIb	B	141, 265
All drug regimens are recommended for stroke prevention, provided that BP is effectively reduced.	I	A	284

El tratamiento de la HTA durante el ACV isquémico Agudo aún es controversia



Secondary prevention of stroke:

“The management of hypertension is important both during the acute phase of ischaemic stroke and throughout the long-term course of this condition. Both low BP and high BP, in the setting of acute stroke, are associated with poor outcomes. **However, the optimal treatment for patients with hypertension in the first few hours or days after stroke has not been established** . Some research has focused on antihypertensive therapy initiated in the first few days after stroke, but additional evaluation of the safety and efficacy of such therapy is needed . In the absence of definitive clinical data, current evidence-based guidelines suggest pursuing a cautious approach to reducing BP in the acute stroke setting. In many cases, the patient’s BP will decrease spontaneously during the first few hours after stroke, and no medical intervention will be needed.”



EMERGENCIAS HTA ESPECIALES

■ ACV Hemorrágico Agudo:

■ Tanto en Hemorragia Intracerebral como subaracnoidea:

- Tratar la HTA SIN BAJAR LA PAM DE 60-70 mmHg suficiente para mantener la presión de perfusión.
- En HIC bajar al menos 15% la PA
- En HSA está menos claro, al parecer “normalizar” la PA protege de resangrado.

Hta peri operatoria

- La presencia de HTA no controlada es una causa frecuente de suspensión de procedimientos quirúrgicos programados.
- Esto muchas veces es totalmente innecesario si se valora al paciente de manera cuidadosa antes de la cirugía. Es importante conocer el grado de control previo de su HTA, y si no lo estaba, iniciar o aumentar el tratamiento adecuado. Esto es labor de coordinación entre cirujanos, anestesistas y médicos de familia.

HTA PERIOPERATORIA

- Paciente HTA conocido y tratado: CONTROLAR PREVIAMENTE SUS NIVELES DE PA, AJUSTAR EL TTO SI PRECISO.
- No suspender fármacos con efecto “rebote” el día de la intervención: BETA Y ALFABLOQUEANTES.
- Si necesario, iniciar tratamiento hipotensor por vía EV. Recomendado especialmente betabloqueantes.
- Y sobre todo:
- CONTROLAR ADECUADAMENTE EL DOLOR Y LA ANSIEDAD.
- SI NO DAÑO ORGÁNICO AGUDO NO ES UNA EMERGENCIA HTA.
- La mayoría de casos no requieren suspender la cirugía.



CONCLUSIONES Y RESUMEN

- Es crucial la adecuada evaluación del paciente para diagnosticar una posible emergencia hipertensiva.
- El tratamiento, cuando indicado, debe iniciarse rápidamente.
- **EN LA MAYORÍA DE CASOS NO SE REQUIERE UNA GRAN DISMINUCIÓN DE LAS CIFRAS INICIALES DE PA.**
- **NORMALIZAR LA PA NUNCA DEBE SER EL OBJETIVO EN URGENCIAS.**