

CRISIS HIPERTENSIVAS

Definición:

Cifras diastólica >120 mmHg sistólica >180 mmHg

Clasificación:

EMERGENCIA HIPERTENSIVA

(Con daño a órgano blanco)

1. Encefalopatía hipertensiva
2. Ictus (hemorrágico o isquémico) asociado a hipertensión
3. Insuficiencia cardíaca congestiva y edema agudo pulmonar asociado a hipertensión
4. Cardiopatía isquémica sintomática
5. Aneurisma disecante de aorta
6. Eclampsia
7. Hemorragia importante
8. Traumatismo craneoencefálico
9. Postoperatorio de cirugía con suturas vasculares
10. Elevación de catecolaminas (feocromocitoma, suspensión brusca de clonidina, etc.)
11. Retinopatía hipertensiva grave
12. Feocromocitoma
13. Insuficiencia renal aguda e hipertensión

URGENCIA HIPERTENSIVA

(Sin daño a órgano blanco)

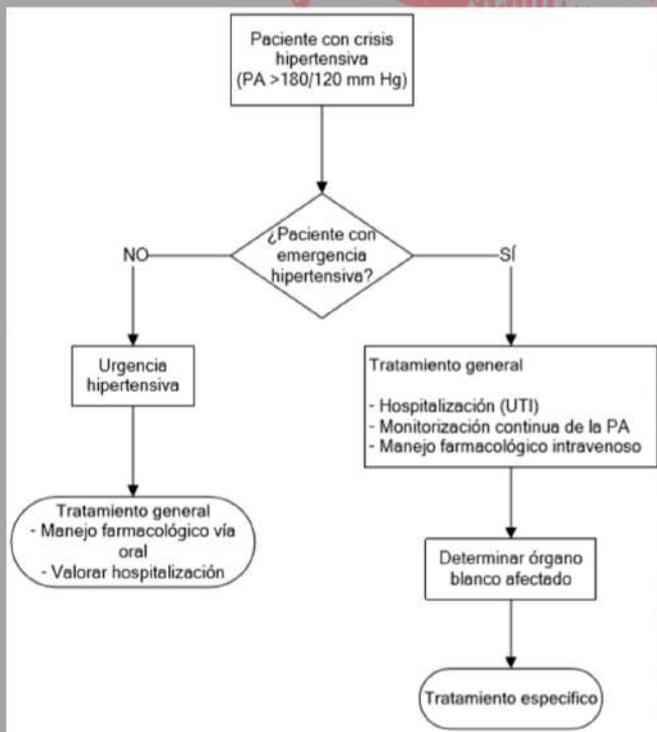
1. Hipertensión esencial no complicada grave
2. Hipertensión secundaria no complicada grave
3. Hipertensión asociada a epistaxis grave
4. Interrupción del tratamiento antihipertensivo previo
5. Hipertensión de rebote, interrupción súbita de clonidina
6. Hipertensión inducida por fármacos
7. Hipertensión postoperatoria

EF en px con crisis hipertensiva

Presión arterial (mm Hg)	Usualmente $>220/140$
Fondo de ojo	Hemorragia, exudado, papiledema
Neurológico	Cefalea, confusión, somnolencia, estupor, pérdida visual, convulsiones, déficit neurológico focal, coma
Cardiovascular	Choque de la punta prominente, congestión pulmonar, estertores crepitantes, taquicardia, taquipnea
Renal	Elevación de azoados, proteinuria, oliguria
Gastrointestinal	Náusea, vómito

TODO TRATAMIENTO DEBE SER INDICADO Y SUPERVISADO POR UN MÉDICO ESPECIALISTA.

¡EN CASO DE DUDA REALIZAR EL TRASLADO A URGENCIAS!



DR. YEHUDA RAFAEL SIRAZI P.

[HTTP://SGM.ISSSTE.GOB.MX/MÉDICA/MEDICADOCUMENTACION/GUIASAUTORIZADAS/CARDIOLOGÍA/SS-155-08_CRISIS_HIPERTENSIVAS/GRR_SSA-155-08.PDF](http://sgm.issste.gob.mx/médica/medicadocumentacion/guiasautorizadas/cardiología/ss-155-08_CRISIS_HIPERTENSIVAS/GRR_SSA-155-08.PDF)

EMERGENCIA HIPERTENSIVA

Cefalea severa, náuseas, vómitos, déficit neurológico asociado, signos de hipertensión intracraneal: encefalopatía hipertensiva.

La anamnesis y la exploración física hace sospechar de lesión aguda de órgano diana. Estamos frente a una EMERGENCIA hipertensiva.

Paciente consulta al servicio de urgencias y al tomar las constantes vitales se registra TA $\geq 180/120$.

Focalidad neurológica y/o alteración del nivel de conciencia: Accidente cerebrovascular agudo,

Cefalea brusca, rigidez de nuca, vómitos, signos neurológicos difusos: Hemorragia subaracnoidea.

Disnea, ortopnea, disnea paroxística nocturna, oliguria y edemas: insuficiencia cardíaca.

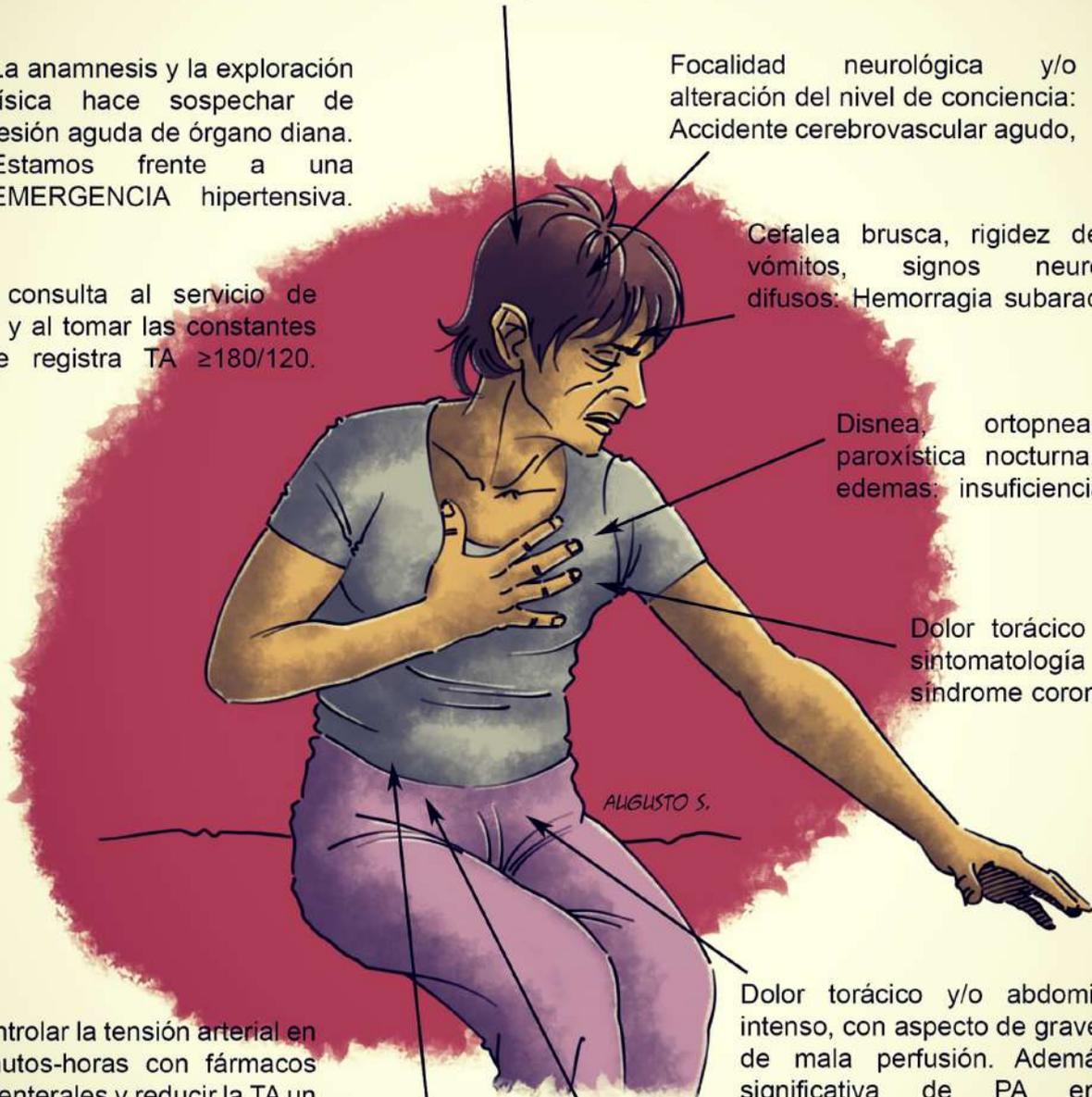
Dolor torácico opresivo y sintomatología vegetativa: síndrome coronario agudo.

Controlar la tensión arterial en minutos-horas con fármacos parenterales y reducir la TA un 25%. Valorar ABCDE e iniciar SVA si es necesario. Tratar según la causa específica.

Dolor torácico y/o abdominal abrupto intenso, con aspecto de gravedad y signos de mala perfusión. Además diferencia significativa de PA entre ambas extremidades: Disección aórtica

Cefalea con alteraciones visuales, deterioro de la función renal y retinopatía grado II-IV: HTA acelerada maligna.

Cefalea, palpitaciones, sudoración: crisis de feocromocitoma.



URGENCIA HIPERTENSIVA

Durante la toma de constantes vitales se realiza el hallazgo de TA \geq 180/120. La anamnesis y el examen físico no levantan la sospecha de posible daño de órgano diana. Estamos frente a una URGENCIA hipertensiva.

Paciente consulta por síntomas inespecíficos y leves como cefalea, mareo, astenia, acúfenos o náusea.

ALIGUSTO S.

En caso de no conseguir el control adecuado de la tensión arterial el siguiente paso será el ingreso hospitalario. Continuaremos el control con fármacos IV como nitroprusiato, urapidilo o labetalol.

El abordaje inicial será controlar la tensión arterial en horas-días con fármacos orales. La tensión arterial objetivo será $<$ 160/100 mmHg.



Reubicar al paciente en una habitación tranquila con poca luz y en reposo durante 10-15 minutos. Administrar ansiolíticos si es necesario: diazepam 5-10mg VO. Revalorar la cifra de TA.

Si no conseguimos la tensión arterial objetivo iniciaremos tratamiento con fármacos orales de primera línea: Captopril, amlodipino, atenolol y repetiremos cada 30-60 min. si no conseguimos control adecuado.

Después de repetir 2-3 dosis pasaremos a la siguiente alternativa terapéutica: asociar a furosemida (oral

Una vez conseguido el control de tensión arterial objetivo daremos alta con vigilancia en domicilio y control ambulatorio en 24-48 horas.