

Diagnóstico y manejo de una elevación tensional aguda

Definiciones

I. ELEVACIÓN TENSIONAL AGUDA: Tensión arterial sistólica (TAS) $\geq$ 180 y/o Tensión arterial diastólica (TAD) $\geq$ 110.

II. CRISIS HIPERTENSIVAS: TAS $\geq$ 210 y/o TAD $\geq$ 120.

II.1. URGENCIA HIPERTENSIVA: Elevación de la tensión arterial (TA) sin evidencia de lesión en órganos diana. Requiere un control progresivo de la tensión arterial entre 24 y 48 horas.

Se incluyen en este apartado: HTA severa, rebote hipertensivo por supresión de tratamiento, HTA pre y post operatoria, quemaduras graves.

II.2. EMERGENCIA HIPERTENSIVA: Elevación de tensión arterial con LESIÓN EN ÓRGANO DIANA. Requiere manejo inmediato y remisión al hospital urgente.

Se incluyen en este apartado: HTA maligna crítica, encefalopatía hipertensiva, ictus hemorrágico/isquémico, aneurisma disecante de aorta, síndrome coronario agudo, insuficiencia cardíaca congestiva con edema agudo de pulmón, postoperatorio de cirugía vascular, traumatismo craneoencefálico, epistaxis severa, eclampsia, elevación de catecolaminas, insuficiencia renal aguda.

Manejo del paciente con elevación tensional aguda

En primer lugar debemos confirmar las cifras de TA y realizar la toma de manera correcta. Para evaluar la afectación de órganos diana realizaremos un electrocardiograma, una tira de orina y miraremos el fondo de ojo. (Figura 1 y 2).

Figura 1.

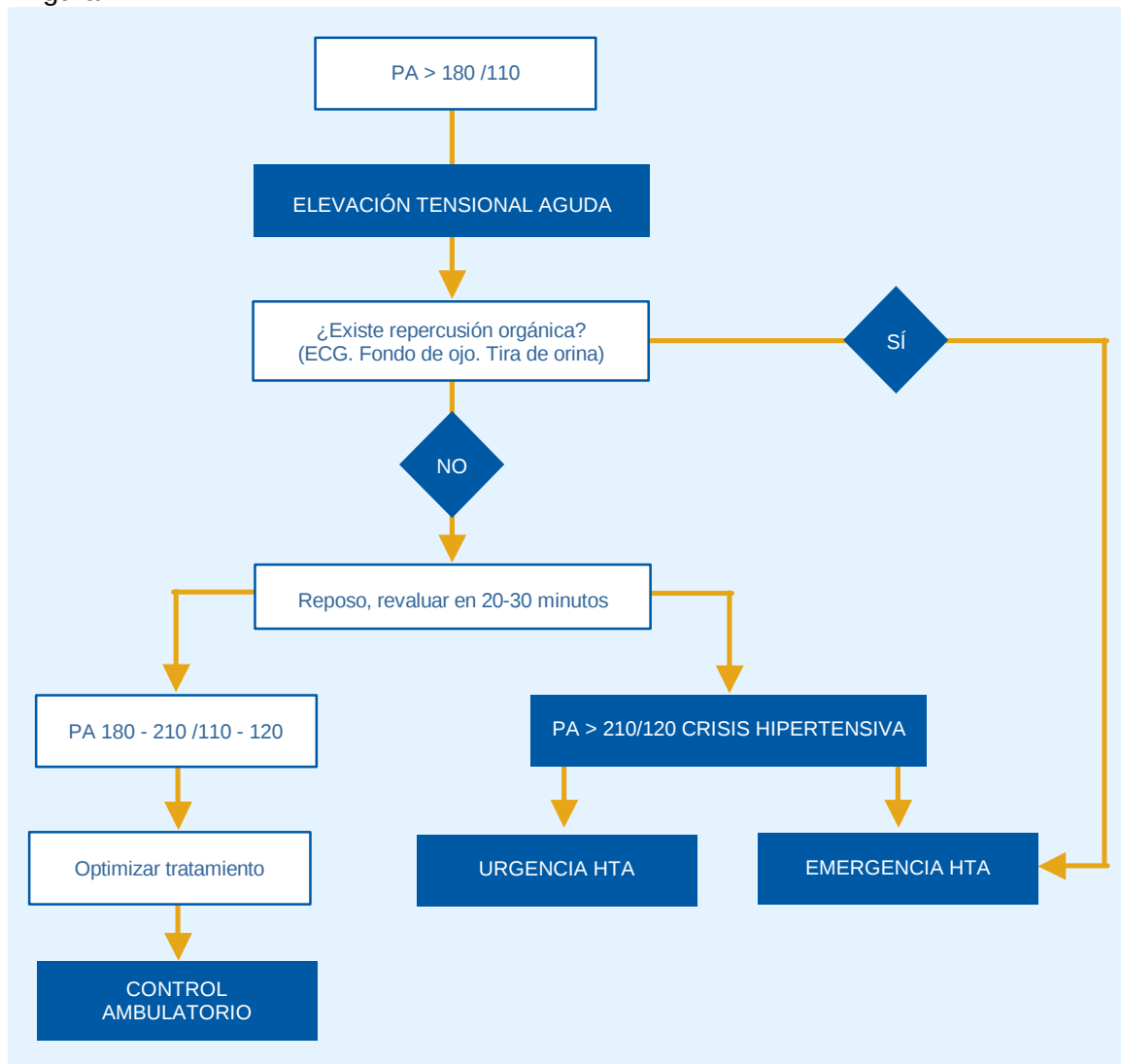
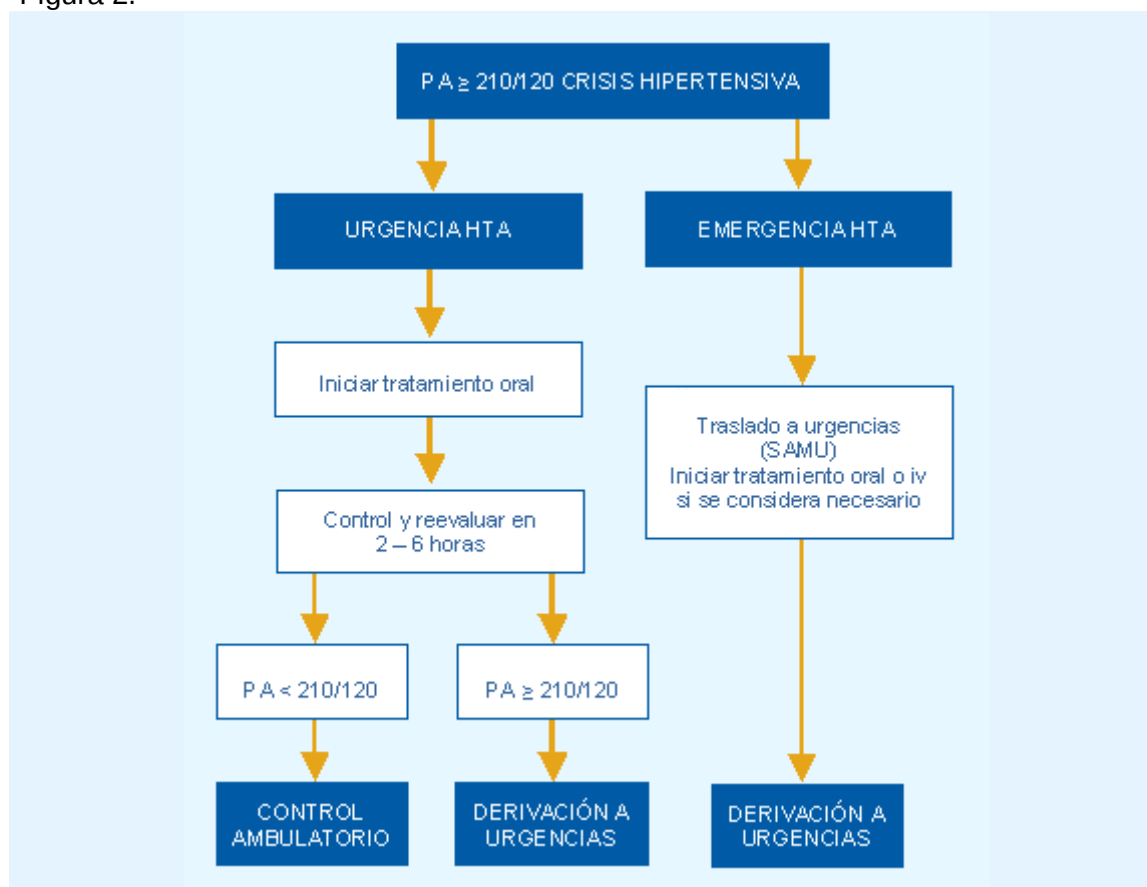


Figura 2.



Manejo terapeutico de las urgencias hipertensivas

Se pueden utilizar cualquiera de los siguientes fármacos (tabla 1).

Tabla 1.

Fármaco	Dosis/vía	Inicio efecto	Pico acción
Captopril (Enalapril)	25-50 mg/ vo, sl	15 - 30 minutos	4 - 6 horas
Nicardipino (lacidipino)	20 mg vo	20 - 30 minutos	1 - 4 horas
Atenolol (labetolol)	50-100 mg vo	2 - 4 horas	6 - 8 horas

(vo: vía oral; sl: sublingual)

En el manejo de las Crisis hipertensivas hemos de tener en cuenta que hipertratar puede provocar hipotensiones severas y por tanto consecuencias clínicas graves, así el objetivo será:

- En EMERGENCIAS: descender un 25 % en 2 horas, alcanzar TA de 160/100 en 6 horas.
- En URGENCIAS: bajar entre un 15 -20 % en 24 h. Idealmente alcanzar TAD < 100 mmHg en 48 -72 h.

Conflicto de interés

No declarados.

Autores

- M^a Pilar Botija Yagüe. C.S Barrio del Cristo. Departamento 9 Agència Valenciana de Salut. Miembro del [Grupo de Enfermedades Cardiovasculares de la SVMFIC](#).
- Antonio Fornos Garrigós. C.S Picanya. Departamento 9. Agència Valenciana de Salut. Coordinador del [Grupo de Enfermedades Cardiovasculares de la SVMFIC](#).

Autor para correspondencia

- M^a Pilar Botija Yagüe
E-mail: pilibotija@hotmail.com

Bibliografía

1. Chobanian AV, et al. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 Report. JAMA 2003; 289:2560-72.
<http://jama.ama-assn.org/cgi/content/abstract/289.19.2560v1>
2. Varon J, Marik P E. clinical review: The management of hypertensive crises. Critical Care 2003; 7: 374-84.
<http://ccfpri.-cp./content/7/5/374>
<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/cc2351.pdf>
3. Flanigan JS, Vitberg D . Hypertensive Emergency and Severe Hypertension: What to Treat, Who to Treat , an How to Treat. Medi Clin N Am 2006; 90:439-51.
<http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0025-7125/PIIS0025712505001379.pdf>
4. Aggarwal M, Khan I A. Hypertensive Crisis: Hypertensive Emergencies an Urgencies. Cardiol Clin 2006; 24: 135-46.
<http://download.journals.elsevierhealth.com/pdfs/journals/0733-8651/PIIS0733865105000731.pdf>