

ANSIEDAD, ¿ EMERGENCIA HIPERTENSIVA?

Dra. Carla Blanco Pino¹ / Dra. Beatriz Sanchis Yago² / Dra. Carla Graciela Iannuzzelli Barroso² / Dra. Clara López Más²

¹ Médico de Atención Primaria. Sector Clínico-Malvarrosa. Valencia

² FEA del Servicio de Urgencias. Hospital Obispo Polanco. Teruel

RESUMEN

La hipertensión arterial es un problema de salud pública por su elevada morbilidad y mortalidad. Las crisis hipertensivas son una de las causas más frecuentes de consulta en atención primaria y los servicios de urgencias. El no diagnóstico y/o tratamiento junto con el mal control de otros factores de riesgo predisponen a la aparición de complicaciones que aumenta la morbilidad y mortalidad.

PALABRAS CLAVE

hipertensión arterial, emergencia hipertensiva, urgencia hipertensiva

ABSTRACT

Hypertension is a public health problem due to its high morbidity and mortality. Hypertensive crises are one of the most frequent causes of consultation in primary care and emergency services. Non-diagnosis and / or treatment together with poor control of other risk factors predispose to the appearance of complications.

KEY WORDS

hypertension, hypertensive emergency, hypertensive emergency

INTRODUCCIÓN

Definimos como hipertensión arterial cifras sistólicas mayores de 140 mmHg y/o diastólicas iguales o superiores a 90 mmHg, tomadas en correctas condiciones y en varias ocasiones.

Las crisis hipertensivas se consideran a partir de valores iguales o superior a 180-190/ 110-120 mmHg. Se calcula que 1-7%^{1,2,3} de los paciente con hipertensión arterial desarrollan una crisis a los largo de su vida.

Es una de las enfermedades crónicas mas prevalentes, se estima que un 25-30 % de la población sufre hipertensión arterial^{2,6,7}, siendo responsable de 7 millones de muertes anuales⁶. En España la padece alrededor de un 20% de la población mayor de 20 años⁸.

La hipertensión arterial es una enfermedad crónica y sistémica de etiología multifactorial, algunos de estos son la dieta no saludable, el sobrepeso, la inactividad física, el consumo de alcohol y tabaco, el estrés, la edad¹.

A medida que avanza la edad el riesgo de los pacientes de padecer hipertensión arterial es mayor, pues generalmente después de los 50 años de edad se produce una serie de cambios en la estructura y el funcionamiento de las arterias, unido a esto los adultos de mediana edad realizan menos acciones de promoción y prevención encaminados a disminuir los factores de riesgo relacionados con al enfermedad⁸.

Los factores mas prevalentes en la hipertensión arterial son la diabetes mellitus, la obesidad y la dislipemia⁸.

La hipertensión arterial crónica se reconoce como factor de riesgo en enfermedad cardiovascular , cerebrovascular y renal.

Los esfuerzos en prevención primaria de los factores de riesgo cardiovascular se centran principalmente en el control de la presión arterial, los niveles de colesterol y triglicéridos.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una mujer de 39 años que acude al servicio de urgencias a las 03:09 am Por sensación de falta de aire al acostarse, palpitations, nerviosismo. Realizando la anamnesis comenta que ayer sufrió una epístaxis autolimitada y que hoy ha comenzado con visión doble.

En tratamiento con betahistina 8 mg cada 8 horas y tetrazepam cada 12 horas por mareo desde hace 10 días.

No refiere dolor torácico ni otra sintomatología. Durante la anamnesis la paciente afirma constantemente que “es todo por nervios”.

Al objetivarse en la primera toma tensional unos valores de 269/162 le preguntamos sobre sus controles tensionales previos, refiriéndonos cifras altas que las asociaba a ansiedad por lo que nunca acudió al médico.

Como antecedentes personales destaca la obesidad, no hipertensión arterial (padre y madre hipertensos crónicos), ni otros antecedentes de interés. En tratamiento con anticonceptivos orales, y consumo crónico de AINES por cefaleas. Fumadora de 7-10 cigarrillos diarios desde hace más de 15 años.

Presenta una tensión arterial de 269/162, frecuencia cardiaca de 132 latido por minuto, y una saturación de 93%.

A la exploración observamos una palidez mucocutánea y hematomas dispersos por zona lumbar, extremidades inferiores y dorso de mano derecha sin traumatismo previo.

La auscultación cardiaca es rítmica y sin soplos. Leves edemas en extremidades inferiores I/IV sin signos de trombosis venosa profunda, y pulsos presentes y simétricos. Ingurgitación yugular negativa. En la auscultación pulmonar presenta crepitantes finos bibasales.

Se realiza ECG con ritmo sinusal a 130 lpm, signos de hipertrofia ventricular izquierda y alteraciones difusas de la repolarización.

En la radiografía de torax observamos infiltrado alveolointersticial bilateral.

La analítica de sangre presenta hemoglobina de 8.2 gr/dL, hematocrito 22.8%, leucocitos 14000 (neutrófilos 83%), plaquetas 114.000, glucosa 119 mg/dL, urea > 257 mg/dL, creatinina

9.1 mg/dL, sodio 133 mEq/L, potasio 3.5 mEq/L, proteínas 5.7gr/dL, PCR 48, bilirrubina 0.9mg/dL, AST 29 IU/L, LDH > 2150 IU/L, CPK 425 UI/L, MB 9.9, mioglobina 244, Troponina I 0.32. Coagulación normal.

Durante su estancia en urgencias se inicia tratamiento con labetalol en bolos con leve mejoría de tensión arterial, llegando a valores mínimos de 220/150. Tras menos de una hora comienza con empeoramiento del estado general, coloración cetrina, sudoración y aumento del trabajo respiratorio con empeoramiento de la saturación (89-90% con gafas nasales a 3 litros) por lo que ingresa en Unidad de Cuidados Intensivos donde precisa incubación orotraqueal y tratamiento con nitroprusiato sódico. Mejoría respiratoria progresiva por lo que es extubada tras tres días, continuando con tratamiento con labetalol; y posteriormente con bisoprolol, amlodipino y doxazosina por vía oral hasta el alta a planta de nefrología. Se realizó diálisis desde el segundo día de ingreso en UCI.

Durante su estancia en UCI se realiza ecocardiografía que objetiva una hipertrofia concéntrica de ventrículo izquierdo con contractilidad conservada, derrame pericárdico ligero y derrame pleural bilateral; y un fondo de ojo con retinopatía hipertensiva grado IV.

A los 9 días de ingreso en UCI es dada de alta a la planta de nefrología con diagnóstico de emergencia hipertensiva, edema agudo de pulmón, insuficiencia renal y retinopatía hipertensiva.

Tras alta continuó en controles por nefrología y sesiones de hemodiálisis por enfermedad renal crónica.

DISCUSIÓN

La elevación de la presión arterial es un motivo de consulta tanto en atención primaria como en los servicios de urgencias, aproximadamente una cuarta parte de las consultas 2,5, la mayor parte corresponden a urgencias hipertensivas. Podemos distinguir entre:

- Urgencia hipertensiva:

Se define como la elevación de la presión arterial en un paciente asintomático o con síntomas inespecíficos sin afectación de órgano diana. Precisa una descenso de las cifras en horas-días^{2,4}.

El uso de fármacos es por vía oral y no precisa de atención hospitalaria, puede diagnosticarse y tratarse en un centro de atención primaria.

Es importante diferenciar entre una verdadera urgencia hipertensiva de la falsa, que tiene lugar en paciente normotensos como respuesta a situaciones de estrés, y no está indicado el tratamiento con fármacos hipotensores sino mediante la administración de ansiolíticos o analgésicos⁹.

- Emergencia hipertensiva:

Se considera una elevación aguda de la presión arterial acompañada de afectación orgánica, con riesgo de lesión irreversible. Requiere asistencia hospitalaria para conseguir un descenso de la tensión arterial en minutos-horas. El uso de fármacos se realiza por vía intravenosa.

Ante una crisis hipertensiva se debe discriminar si se trata de una urgencia o emergencia hipertensiva realizando una correcta anamnesis y exploración clínica; exudados y/o hemorragias en el fondo de ojo, ritmo de galope, tercer ruido, estertores, crepitantes, focalidad neurológica, un cambio en la distribución de la grasa corporal nos puede orientar a un síndrome de Cushing, los pulsos arteriales darán información importante cuando exista sospecha de disección aórtica.

En las crisis hipertensivas generalmente encontramos compromiso de 1 órgano blanco en el 83% de los casos, dos órganos en el 14 % y tres o más en el 3%⁵.

Los tipos de lesión de órgano blanco incluyen infarto cerebral, edema agudo de pulmón, insuficiencia cardíaca, infarto agudo de miocardio, angina inestable, encefalopatía hipertensiva, hemorragia cerebral, retinopatía grado II-IV, disección aórtica, entre otros.

La encefalopatía hipertensiva ocurre cuando excedemos el límite superior de la autorregulación cerebral. Produce cefalea, confusión, somnolencia, trastornos mentales, vómito en proyectil. Esta afectación es reversible, pero en casos no tratados produce el coma y la muerte.

En un accidente cerebrovascular entre el 60-80 % de los pacientes que consultan en urgencias se encuentran con elevación de la presión arterial y el 30% de ellos tienen antecedentes personales de hipertensión arterial crónica⁵. La hipertensión arterial produce aceleración del

proceso de arterioesclerosis favoreciendo infartos cerebrales de ambos tipos y engrosamiento de la media de las arterias ocasionando hipoperfusión e isquemia. En este caso inicialmente no se tratan las presiones arteriales de 180-230/105-120 mmHg en el ACV isquémico, o valores de PAS inferiores a 170 mmHg en el ACV hemorrágico, ya que suelen controlarse con las medidas generales. Si se mantuviera después de 60 minutos se iniciaría tratamiento hipotensor^{4,9}.

La hipertensión arterial produce en el sistema cardiovascular un aumento de la postcarga y la demanda miocárdica.

A su vez un compromiso renal, puede ser causa importante o consecuencia de la elevación de cifras tensionales.

Los signos más frecuentes en una urgencia hipertensiva son la cefalea, epistaxis, debilidad y náuseas. En cambio en una emergencia encontraremos más habitualmente el dolor torácico, la disnea y la afectación neurológica^{5,9}.

Si nos encontramos ante una urgencia hipertensiva busca obtener una reducción de al menos el 20% de las cifras basales en las primeras 24-48 horas^{6,9}.

Existen algunos puntos controvertidos en la vía de administración y los fármacos a utilizar, la vía de administración sublingual ya no es aceptada en la mayoría de las guías por su absorción errática e impredecible, prefiriendo la vía oral. También existe controversia sobre el fármaco más eficaz para la disminución de la presión arterial, aunque el nifedipino ha sido muy utilizado por su acción rápida, se han observado efectos adversos secundarios a su acción vasodilatadora cerebral y sus efectos cronotrópico positivo e inotrópico negativo sobre el corazón, y junto con la imposibilidad de control del grado de descenso de la presión arterial hace que este fármaco no este aceptado^{6,9}.

En el momento actual el captopril es el fármaco de elección para las urgencias hipertensas en la mayoría de las guías^{6,9}. Es un inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina, su uso es por vía oral. Comenzando por 25 mg y repitiendo dosis si tras 30 minutos no se alcanza las cifras terapéuticas recomendadas, complementándolo si precisa con otros fármacos de segunda elección como son los diuréticos y los IECA.

No es necesario ni aconsejable la reducción rápida de la tensión arterial ya que existe riesgo de provocar una hipotensión sistémica, ictus isquémico, isquemia miocárdica.

En el caso de estar ante una emergencia hipertensiva se precisará medio hospitalario y exploraciones complementarias para valorar el grado de afectación orgánica. Las pruebas más habituales son el electrocardiograma, donde un crecimiento ventricular izquierdo denotará una hipertensión arterial de larga evolución; análisis de sangre con función renal, ionograma, hemograma y tira de orina; radiografía de tórax, si existe sintomatología cardiopulmonar; y TC craneal en todo paciente con afectación neurológica⁹.

El descenso de la presión arterial debe producirse en el plazo máximo de 1-2 horas, el objetivo es reducir un 20-25%^{2,4,6,9}, no intentando conseguir un descenso mayor de 160 mmHg en la presión arterial sistólica o de los 100 mmHg en la diastólica.

Se usará la vía de administración parenteral.

Los fármacos de elección son, entre otros:

- Nitroprusiato sódico:

Es el fármaco más preferible y eficaz para el tratamiento de la hipertensión arterial severa^{4,5}. Disminuye la precarga y postcarga con la dilatación de las arteriolas y venulas, y disminuye la demanda de oxígeno, no tiene efecto a nivel del sistema autónomo ni en el SNC. No se administra en bolos, si no en infusión continua. Tiene un inicio inmediato y una duración de 1-2 minutos. Su uso se realiza en la mayoría de las emergencias hipertensivas, teniendo precaución en casos de

PIC elevada y retención nitrogenada. Contraindicado en eclampsia⁹.

- Labetalol:

Es un bloqueante beta y alfa adrenérgico, se usa en las emergencias hipertensivas para un control inmediato de la presión arterial inicial en bolos y luego en infusión continua para mantenimiento. El inicio de acción es de 5-10 minutos y la duración de 3-8 horas⁴. Es el fármaco de elección en preeclampsia grave-eclampsia. Está contraindicado en la insuficiencia cardíaca con fallo sistólico, la isquemia arterial periférica y la enfermedad pulmonar obstructiva.

- Beta bloqueantes y nitroglicerina si la emergencia hipertensiva se asocia a patología cardíaca. Produce una dilatación del sistema venoso, útil en isquemia miocárdica e insuficiencia cardíaca.

La intensidad de la intervención viene determinada por la situación clínica, dependiendo del daño del órgano diana.

La tasa de mortalidad de los pacientes con emergencia hipertensiva ha disminuido significativamente con el paso de los años, del 80% en 1928 al 10% en 1989, debido principalmente, a la disponibilidad de medicamentos antihipertensivos³.

CONCLUSIÓN

La hipertensión arterial crónica es una enfermedad cada vez más prevalente, por lo que es un reto para la Salud Pública y un desafío para el médico de cabecera, por las complicaciones que produce el no diagnóstico y/o tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Cruz Betancourt Anna, Martínez García Elizabeth, Lara Delgado Heber, Vargas Ramirez Liudmila, Pérez Pérez Abel. Morbilidad y mortalidad en adultos mayores, relacionada con las crisis hipertensivas. ccm [Internet]. 2015 Dic [citado 2018 Mayo 20] ; 19(4): 656-667.
2. Morales Salinas, Alberto & Sobrino, Javier & Doménech, Mónica & Coca, Antonio. (2016). Crisis hipertensivas: urgencia y emergencia hipertensiva. Medwave. 2016;16(Suppl4):e6612 doi: 10.5867/medwave.2016.6612. 10.5867/medwave.2016.6612.
3. Rosas-Peralta, M., Borrayo-Sánchez, G., Madrid-Miller, A., Ramírez-Arias, E., & Pérez-Rodríguez, G. (2016). Complicaciones cardiovasculares de la crisis hipertensiva. Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social, 54, s67-s74.
4. Vera Carrasco, Oscar. Protocolo de manejo y tratamiento de la hipertensión arterial en la unidad de cuidados intensivos. Re Med La Paz, 2009;15(2):45-57.
5. Bohórquez, Ricardo. (2016). Crisis Hipertensiva. Compendio de Terapéutica - Evidencia Actual, Edition: Sexta Edición, Chapter: Sección 3 - Capítulo 4. Pag 200 - 213.
6. Campojo Salazar, Mily Danith. Tratamiento más eficaz en pacientes con crisis hipertensivas que acuden a la unidad de emergencias. 2017. <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/604>
7. Ledea-Capote E, García-González H, Rodríguez-Cañete G, Rojas-Fajardo A. Estrategia educativa para modificar la aparición de las crisis hipertensivas. MULTIMED Granma [revista en Internet]. 2017 [citado 2018 May 20]; 16(1):[aprox. 10 p.].
8. Figueredo-Remón R, Proenza-Fernández L, Gallardo-Sánchez Y, Tabernilla-Guerra O. Factores de riesgos asociados con la aparición de crisis hipertensivas en pacientes de un área de salud manzanillera. MULTIMED Granma [revista en Internet]. 2018 [citado 2018 May 20]; 22(2):[aprox. 15 p.].
9. Jiménez Murillo Luis, Montero Perez F. Javier. Medicina de Urgencias y Emergencias. Guía diagnóstica y protocolos de actuación. 4ª edición. Pag 234-239.
10. Urgencias y emergencias hipertensivas. medes_medicina en español. SANTAMARÍA R, GOROSTIDI M. , Hipertensión y riesgo vascular 2017;34(Supl.2): 35-38.