

HIPERTENSIÓ ARTERIAL. CRISI HIPERTENSIVA

Olga Pijoan i Soler, Jaume Masclans Bertolin, Xavier Jiménez Fàbrega

INTRODUCCIÓ

La hipertensió arterial (HTA) és una malaltia molt freqüent en la població general (20-50% de la població adulta segons el criteri utilitzat) essent un factor de risc cardiovascular (CV) responsable d'una morbiditat i mortalitat elevada.

Es defineix com HTA una Tensió Arterial Sistòlica (TAS) >140 mmHg i/o Tensió Arterial Diastòlica (TAD) >90 mmHg en pacients que no prenen medicació en dos preses separades una setmana. Les últimes recomanacions consideren HTA una TA >130/80 en el malalt diabètic i una TA >125/75 en el malalt amb insuficiència renal.

La crisi hipertensiva és un augment agut de la TA capaç d'arribar a causar alteracions funcionals o estructurals en diferents òrgans. S'estableix com xifres límits TAS 210 mmHg i/o TAD 120 mmHg. La podem dividir en:

1. Urgència Hipertensiva (UH): situació clínica acompanyada d'elevació de la TA sense afectació dels òrgans diana. Precisa d'una disminució gradual de la TA en unes hores. La majoria d'aquestes situacions no requeriran un trasllat hospitalari.

2. Emergència Hipertensiva (EH): Situació poc freqüent en que es fa necessari una disminució immediata de la TA (no necessàriament a nivells normals) per a evitar o limitar els efectes sobre els òrgans diana: dona gestant, sistema nerviós central, sistema cardiovascular, ronyó. Sempre es requerirà el trasllat hospitalari i el tractament específic habitualment serà per via parenteral.

Encefalopatia hipertensiva

ACVA.

Insuficiència cardíaca amb edema pulmonar.

Síndrome coronària aguda.

Aneurisma dissecant d'aorta.

Eclàmpsia/ preeclàmpsia.

Traumatisme craniocèfal·lic o medu·lar.

Hemorràgia important.

Postoperatori de cirurgia amb sutures vasculars.

Insuficiència Renal Aguda.

Elevació de catecolamines (feocromocitoma, suspensió brusca de clonidina,

abús de simpaticomimètics, cocaïna, etc...).

CLAUS DIAGNÒSTIQUES

Mesura correcta de la TA

- Mètode auscultador de preferència.
- Repòs previ de 5'.
- Mesura en sedestació amb peus tocant a terra i braç a l'alçada del cor.
- Braçalet adient al tamany del braç (que la goma del manegot sobrepassi com a mínim el 80% de la circumferència i el 60% de la longitud del braç).
- La majoria de pacients amb HTA presenten una HTA primària idiopàtica. La resta presenta una HTA secundària que requerirà un diagnòstic i un tractament específic. Les situacions que ens obliguen a descartar una causa secundària de la HTA:

Empitjorament sobtat de la HTA controlada prèviament.

Inici sobtat de la HTA.

Hipertensió severa (grau 3).

Edat d'inici <18 anys o >55 anys.

Presència de cefalea intensa, palpitations.

Absència o disminució de polsos femorals.

Massa abdominal o buf abdominal.

Causes de crisi hipertensiva

- Augment brusc de la pressió arterial en pacients amb hipertensió crònica (la més freqüent).
- Efecte rebot per supressió de drogues antihipertensives.
- Preeclàmpsia o eclàmpsia.
- Excés de catecolamines circulants (drogues, feocromocitoma, ingesta de tiramina associada amb IMAO).
- Injúria cerebral.
- Hipertensió renovascular.
- Glomerulonefritis aguda o altra nefropatia.
- Colagenopaties.
- Tumor secretor de renina.
- Vasculitis.

Estratificació de risc i tractament de la HTA (JNC VII)

	A	B	C	D
TA mmHg	NO FR/AOD/MCV	1-2 FR/NO AOD NI MCV	3 FR/DM AMB AOD	AMB MCV
TA NORMAL-ALTA	RISC BAIX	RISC BAIX	RISC ALT	RISC MOLT ALT
130-139/85-89	MEV	MEV	TF	TF
HTA LLEU GRAU 1	RISC BAIX	RISC MIG	RISC ALT	RISC MOLT ALT
140-159/90-99	MEV	MEV	TF	TF
HTA MOD GRAU 2	RISC MIG	RISC ALT	RISC MOLT ALT	RISC MOLT ALT
160-179/100-109	TF	TF	TF	TF
HTA GREU GRAU 3	RISC ALT	RISC ALT	RISC MOLT ALT	RISC MOLT ALT
≥180 o ≥110	TF	TF	TF	TF

FR: factors de risc; AOD: afectació òrgans diana; DM: diabetis mellitus; MCV: malaltia cardiovascular (cardiopatia isquèmica, insuficiència cardíaca, ACXFA crònica, malaltia cerebrovascular, malaltia vascular aòrtica i perifèrica)

Risc baix: < 15% episodis cardiovasculars greus en 10 anys; Risc mig: 15-20%; Risc alt: 20-30%; Risc molt alt: >30% MEV: modificar estil vida; TF: tractament farmacològic.

AVALUACIÓ CLÍNICA

1. Objectius:

Confirmar l'elevació de la TA.

Sospitar causes d'HTA secundària.

Determinar l'afectació d'òrgans diana.

2. Anamnesi:

Antecedents personals i patològics. Cal reflectir el tractament farmacològic habitual inclosos vasoconstrictors nasals, AINE, anticonceptius orals, drogues (cocaïna, amfetamines i derivats), regalèsia.

3. Exploració física:

Constants vitals: mínim 2 mesures de TA separades 5', FC, FR.

Exploració per aparells.

4. Exploracions complementàries:

Electrocardiograma.

GUIA D'ACTUACIÓ

1. Descartar existència de risc vital. Si n'hi ha, iniciar tractament immediatament i trasllat hospitalari.
2. Confirmar la crisi hipertensiva. Si TAS (210 mmHg i/o TAD (120 mmHg: repòs durant 5 minuts i repetir la presa de TA.
3. Si persisteix TAS (210 mmHg i/o TAD (120 mmHg, administrar captopril 25 mg vo.
4. Si sospita d'HTA secundària, trasllat a un centre hospitalari amb unitat d'SVB.
5. Deixar el pacient en repòs durant 15 minuts, i tornar a mesurar la TA. Si persisteix TAS (210 mmHg i/o TAD (120 mmHg, administrar captopril 25 mg vo i derivar al pacient a un centre hospitalari mitjançant una unitat de SVB.
6. En el cas de bona resposta al tractament, dirigir al pacient al seu metge de CAP.
7. Objectiu terapèutic.
 - a. Urgència hipertensiva: Reduir la tensió arterial mitja TAD + 1/3 (TAS-TAD), en un període de 24-48 hores, o baixar la PAD a valors inferiors a 120mmHg. La reducció es farà gradualment a fi de prevenir isquèmia orgànica (cardíaca, cerebral).
 - b. Emergència hipertensiva: Reduir la TAM en un 25%, en un període de minuts - 2 hores, o a un valor corresponent a 160/100 mmHg.
8. En cas d'emergència HTA, venòclisi, monitoratge, oxigenoteràpia per obtenir una saturació d'O₂ ≥ 95%), i tractament antihipertensiu específic.

Preavis hospitalari

Comunicar:

- Edat.
- Diagnòstic.
- Situació cardiorespiratòria.
- Tractament amb suport ventilatori mecànic i bomba de perfusió continuada.
- Temps d'arribada.

EMERGÈNCIA HTA

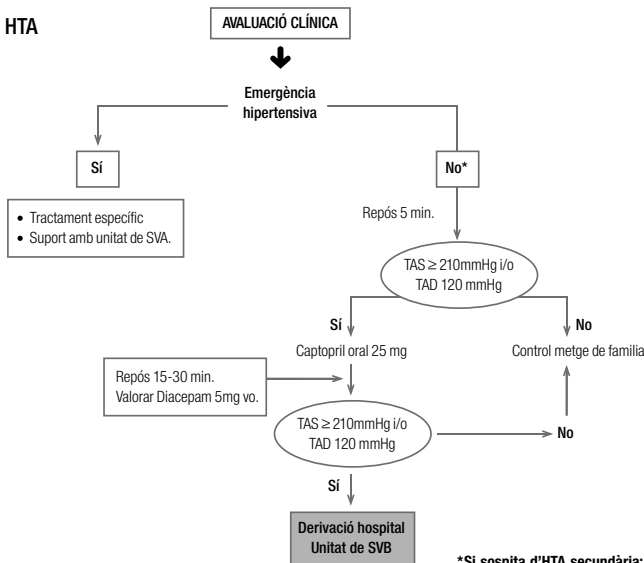
FÀRMAC

Accident vascular cerebral	Labetalol, Urapidil, Nitroprusiat
Encefalopatia HTA	Labetalol, Urapidil, Nitroprusiat
Dissecció d'aorta	Labetalol; Labetalol +Urapidil o Nitroprusiat
Síndrome coronària aguda	Nitroglicerina amb/sense Nitroprusiat
ICE/edema agut de pulmó	Nitroglicerina, diurètics, Urapidil, Nitroprusiat
Eclàmpsia, preeclàmpsia	Labetalol, Urapidil
Crisi adrenèrgica (drogues, feocromotocina)	Labetalol, Diazepam (cocaina)

Guia d'Assistència Prehospitalària a les Urgències i Emergències

FÀRMAC	DOSI	INICI ACCIÓ	EFFECTES SECUNDARIS
Nitroprusiat	0,5-8 µg/Kg/min. 10 mg (1ml) + 49 ml SF a 10 ml/h augmentant 10 ml/h cada minut fins 200 ml/h	Immediat	Vòmits, tòxic per tiocianats
Nitroglicerina	10-200 µg/Kg/min. 10 mg fins a 50 ml solució amb SG5%. (0,2 mg/ml). Iniciar a 5 ml/h augmentant 2-3 ml/h cada 2 minuts	1-2 min	Cefalea, vòmits, taquiflàxia
Labetalol	20-50 mg bolus 1'. Repetir cada 5' fins 200 mg. Perfusió de 2 mg / minut.	5-10 min	Bloqueig cardíac, broncoespasme, molèsties dig., cefalea, IC
Urapidil	25 mg-25 mg- 50 mg en bolus separats 5'. Perfusió 50 mg fins 50 ml solució amb SF a 9-30 ml/h	5 min	Cefalea, vòmits, hipotensió ortostàtica

Crisi HTA



Bibliografia

1. Actualización (2003) de las Guías de Práctica Clínica de la Sociedad Española de Cardiología en hipertensión arterial. *Rev Esp. Cardio* 2003;56(5):487-97.
2. 2003 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology guidelines for the management of arterial hypertension. Guidelines Committee. *Journal of Hypertension* 2003; 21: 1011-1053
3. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. JNC 7- Complete Version. *Hypertension*. 2003; 42:1206-1252.
4. De la Figuera von Wichmann M, Dalló Baqué A. Hipertensión Arterial. En: Martín Zurro A y Cano Pérez JF, editores. Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica. 5ª ed. Madrid: Elsevier; 2003. p.764-798.
5. Coca A, Sierra A de la, editores. Decisiones clínicas y terapéuticas en el paciente hipertenso. 3ª edic. Barcelona: JIMS; 2002.
6. British Hypertension Society guidelines for hypertension management (BHS-IV): summary. *BMJ* 2004; 328:634-640.
7. NICE. *Hypertension*. 2004
8. Grupo de Hipertensión Arterial de la AGAMFEC. 2005. Moliner de la Puente, J. Ramón. Domínguez Sardiña, Manuel.
9. Flórez J., Armijo J.A. y Mediavilla A. Fármacos Antihipertensores. En: *Farmacología Humana*. 3ª ed. Barcelona: Masson; 2003.
10. Kaplan NM. Crisis Hipertensivas. En: *Hipertensión Clínica*. 4ª ed. Buenos Aires: Waverly, Hispánica; 2003. p 339-356.
11. León Rodríguez, Carlos Servicio de Urgencias Sanitarias 061. Servicio Cántabro de Salud. Santander. Cantabria. España. 2004.