

# RECOMENDACIONES PARA EL TRATAMIENTO DE LA URGENCIA Y EMERGENCIA HTA EN EL EQUIPO DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA

---

## INTRODUCCIÓN

Cuando se habla de crisis hipertensiva se habla de una situación bastante frecuente en los servicios de urgencias, pero que muchas veces no se identifica de forma correcta.

A menudo, cuando se detecta una cifra aislada de tensión arterial elevada se le etiqueta como de este cuadro, pero hay que tener en cuenta otros condicionantes acompañantes y saber si la HTA es causa o consecuencia. Así, por ejemplo, el dolor en si mismo puede elevar las cifras de TA en un paciente normotenso, pero eso no significa que el paciente sea hipertenso. Por el contrario, en cuadros de desorientación con HTA hay que pensar que el paciente pueda presentar una encefalopatía HTA siendo prioritario el tratamiento de la misma.

La crisis hipertensiva se presenta, por lo general, en pacientes que tienen una HTA pero lo desconocen y no están tratados, o bien en pacientes que siguen un tratamiento pero no es el adecuado o, incluso, en pacientes que cambia su situación clínica y el tratamiento no es el correcto.

## CONCEPTOS

Cuando se habla de la HTA, esta es definida cuando las cifras promedio de la tensión arterial sistólica (TAS) y/o de la tensión arterial diastólica (TAD), si son medidas en consulta y en condiciones ideales, son iguales o superiores a 140/90 mm Hg en adultos mayores de 18 años, y en los menores iguales o mayores al percentil 95 de los niños de su edad. La TA debe ser medida al menos en tres ocasiones diferentes con un intervalo superior a una semana, aunque un paciente presente una TAS superior a 210 mm Hg o una TAD superior a 120 mm HG en una sola toma es suficiente para el diagnóstico de enfermedad hipertensiva.

Cuando hay una elevación brusca de la TA por encima de 180/120 mm Hg se considera como una **crisis hipertensiva**, la cual tiene varias expresiones en función de la afectación de los órganos diana. Así, se clasifican en:

### 1. Emergencia hipertensiva

Es la elevación aguda e intensa de la TA asociada a una lesión de los órganos vulnerables, que puede ser irreversible y de mal pronóstico vital, sobretodo si no se actúa sobre ella de forma inmediata, y que se puede presentar en forma de diferentes cuadros clínicos (**tabla 1**).

|   |                                |   |
|---|--------------------------------|---|
| <b>Emergencia HTA</b>                       | <b>Cerebrovasculares</b>       | Encefalopatía HTA   |
|   |                                | ACV isquémico con HTA severa                              |
|   |                                | Hemorragia intracraneal                                   |
|   |                                | Hemorragia subaracnoidea                                  |
|   |                                | Traumatismo craneal                                       |
|   | <b>Cardiacas</b>               | Diseción aguda de aorta                                   |
|   |                                | Fallos ventricular izquierdo agudo                        |
|   |                                | IAM   |
|   |                                | Postoperatorio de revascularización                       |
|   | <b>Renales</b>                 | HTA acelerada-maligna con edema de papila                 |
|   |                                | GN aguda  |
|   |                                | Crisis renales con conectivopatias                        |
|   |                                | Postoperatorio de trasplante renal                        |
|   | <b>Exceso de catecolaminas</b> | Crisis de feocromocitoma                                  |
|   |                                | IMAO con drogas o alimentos                               |
|   |                                | Uso de drogas simpático-miméticas                         |
|   |                                | HTA tras suspensión de hipotensores (beta-bloqueantes)    |
|   |                                | Hiperreflexia autonómica secundaria a traumatismo medular |
|   | <b>Quirúrgicas</b>             | HTA severa antes de cirugía                               |
|   |                                | HTA en postoperatorio                                     |
| Sangrado postoperatorio de cirugía vascular |                                |   |
| <b>Eclampsia</b>                            |                                |   |
| <b>Quemados severos</b>                     |                                |   |
| <b>Epistaxis severa</b>                     |                                |   |

TABLA 1. Cuadros clínicos de la emergencia HTA

HTA: Hipertensión arterial. ACV: Accidente cerebro-vascular. IAM: Infarto agudo de miocardio. GN: Glomerulonefritis. IMAO: Inhibidores de la monoamino-oxidasa.

## 2. Urgencia hipertensiva

Es la elevación de la TA sin lesión progresiva de los órganos diana de forma aguda, que suele presentarse de forma asintomática o con escasos síntomas, leves o inespecíficos, como una cefalea moderada o malestar general, requiriendo la mayor parte de las veces una normalización gradual y paulatina de la PA, la mayor parte de las veces con fármacos por vía oral y en un plazo de tiempo entre 24 horas y varios días.

Con todo esto, hay que tener en cuenta, que lo importante no son las cifras en si de elevación de la tensión arterial, sino en la presencia de lesiones en los órganos diana. Eso significa que hay pacientes con cifras de TAD entre 120-140 mm Hg, pero que presentan una HTA de larga evolución por lo que lo pueden tolerar bien y estar asintomáticos, sin embargo, elevaciones

agudas como las que se producen en la eclampsia o en otros cuadros clínicos como intoxicaciones agudas, etc., cifras menores de TA (por ejemplo TAD entre 100-110 mm Hg) pueden significar una emergencia HTA.

### 3. Pseudocrisis HTA

La pseudocrisis HTA, también llamada falsa crisis HTA, se considera la elevación transitoria de la TA que aparece en diferentes situaciones o enfermedades, siendo la elevación de la TA secundaria o asociada a las mismas, como por ejemplo en situaciones de estrés, dolor, vértigos, lesiones medulares, etc.

El tratamiento de las mismas se orientará hacia la enfermedad de base, y una vez solucionada ésta se deberá normalizar la TA por sí misma.

## DIAGNÓSTICO

Cuando un paciente se presenta en un servicio de urgencias extrahospitalario con una elevación de la TA lo fundamental es poder diferenciar con prontitud la urgencia de la emergencia HTA, y poder detectar ésta y tratarla de inmediato.

### 1. Anamnesis

En el interrogatorio de un paciente con HTA se deberán obtener los siguientes datos:

- Antecedentes personales: Hay que recoger los antecedentes de HTA, con su tiempo de evolución, tratamiento al cual está sometido y si existe un control de la enfermedad, así como si tiene repercusión visceral. Presencia de otros factores de riesgo cardiovascular, otras enfermedades, consumo de tóxicos, sobretodo drogas (entre ellas el alcohol y el tabaco), cambios recientes de tratamiento, antecedentes familiares, quirúrgicos recientes, etc.
- Sintomatología: Es muy variada, recordando que la urgencia HTA puede ser asintomática, o ser muy escasas e inespecíficas las manifestaciones que aparezcan. Sin embargo, es muy importante reconocer los síntomas de la emergencia HTA que pueden ser diferentes en función de la forma de presentación que tenga, tal como se explica en la **tabla 2**, y que la ausencia de los mismos ayudarán a descartar la emergencia HTA.

### 2. Exploración física

La exploración física de los pacientes con una HTA se deberá realizar de forma sistemática atendiendo a:

- Constantes vitales y estado general:
  - La tensión arterial en ambos miembros, así como en decúbito y

bipedestación, anotando las diferencias y hacer un gráfica de seguimiento.

- La frecuencia cardiaca y la simetría de los pulsos periféricos
- La frecuencia respiratoria y la saturación de O<sub>2</sub>.
- La temperatura.
- El estado de hidratación.

| <b>Emergencia HTA</b>                                     | <b>Sintomatología</b>                                 |
|---|---|
| <b>Encefalopatía HTA</b>                                  | Cefalea   |
|   | Alteraciones visuales                                 |
|   | Vómitos   |
|   | Alteración del nivel de conciencia                    |
| <b>HTA grave con ACV isquémico-hemorragia cerebral</b>    | Focalidad neurológica                                 |
|   | Alteraciones del nivel de conciencia                  |
| <b>Insuficiencia VI HTA</b>                               | Tos   |
|   | Disnea, ortopnea, disnea rápidamente progresiva       |
| <b>HTA maligna-acelerada</b>                              | Alteraciones visuales                                 |
|   | Cefalea   |
|   | Insuficiencia renal con oliguria                      |
|   | Hematuria   |
| <b>HTA y disección aórtica</b>                            | Dolor torácico y/o abdominal intenso                  |
|   | Vegetatismo   |
|   | Signos de mala perfusión                              |
| <b>HTA con SCA</b>  | Dolor torácico  |
| <b>Uso de drogas (anfetaminas, LSD, cocaína, éxtasis)</b> | Taquicardia   |
|   | Sudoración  |
|   | Alteraciones del comportamiento y del estado de ánimo |
|   | Alteraciones del nivel de conciencia                  |
| <b>Pre-eclampsia intensa o eclampsia</b>                  | Oliguria, anuria                                      |
|   | Anemia microangiopática                               |

TABLA 2. Sintomatología de la emergencia HTA

HTA: Hipertensión arterial. ACV: Accidente cerebro-vascular. VI: Ventriculo izquierdo. SCA: Síndrome coronario agudo. LSD: Dietil amida del ácido lisérgico.

- El nivel de conciencia, monitorizando con la escala de coma de Glasgow.

- El examen del fondo de ojo, que es fundamental en toda crisis hipertensiva, sobretodo para ayudar a diferenciar la urgencias de la emergencia HTA (sobretodo si aparece retinopatía de grado III o IV)
- Se realizará una exploración del cuello y del tórax: Valorar ingurgitación yugular y soplos carotídeos. Inspección torácica, buscando sobretodo asimetrías, el uso de la musculatura accesoria, presencia de lesiones dérmicas o hematomas. Presencia de dolor a la palpación. Se hará percusión buscando matidez o timpanismo. Se realizará una auscultación cardiaca buscando soplos, roces o ruidos anormales, y una auscultación pulmonar buscando crepitantes, sibilancias o hipoventilaciones.
- Exploración abdominal: Debe hacerse completa buscando causas de dolor a dicho nivel o presencia de masas pulsátiles.
- Exploración de extremidades y vascular: Se valorarán los pulsos periféricos, como ya se ha dicho y su simetría, así como la presencia de edemas distales.

### **3. Exploraciones complementarias**

Ayudarán a confirmar la sospecha diagnóstica con los datos obtenidos anteriormente, aunque en muchas ocasiones no serán necesarias, sobretodo si es un paciente hipertenso conocido y no presenta datos de emergencia HTA.

Cuando se deciden realizar, se recomienda:

- En urgencias del PAC:
  - ECG: Es una exploración rápida, de escaso coste y que aporta muchos datos, que ayuda detectar signos de hipertrofia ventricular izquierda, así como cambios en el ST o de isquemia si hay dolor torácico.
- Por la mañana, y si se puede:
  - Radiografía de tórax: que ayudará a valorar el mediastino, el índice cardiorácico y los signos de insuficiencia cardiaca.
  - Hemograma completo.
  - Bioquímica: Se debe solicitar perfil enzimático para descartar patología isquémica, con CPK, CPK-mb, troponina, mioglobina. También función renal y electrolitos, lactato sérico, exceso de bases (este nos lo da la gasometría).
  - Coagulación: Se valorarán las cifras de Dímero D para descartar un TEP.

- Orina completa con sedimento, especificando la determinación de proteínas, urea, creatinina, sodio, potasio.

## MANEJO EN URGENCIAS DE LA URGENCIA HTA

Se diferenciará el manejo de la urgencia HTA de la emergencia HTA por sus distintos tratamientos así como la complejidad del pronóstico en esta última. Se comenzará con la urgencia HTA (ver **algoritmo 1**).

### 1. Paciente con urgencia HTA

Todo paciente con una elevación de la TA con cifras superiores o iguales a 180/120 mm Hg que acude a un servicio de urgencias (tanto hospitalario como extrahospitalario) se le realizará una anamnesis y una exploración física completa como ya se ha descrito anteriormente.

### 2. Verificación de la HTA

Se confirmarán las cifras de TA, realizando una toma correcta y en condiciones ideales en ambos brazos, con el paciente tras un reposo adecuado de 5 o 10 minutos, siempre valorando existencia de factores externos que puedan influir en las cifras de TA como la HTA de “bata blanca” o que sea una pseudocrisis de HTA.

### 3. Signos de alarma

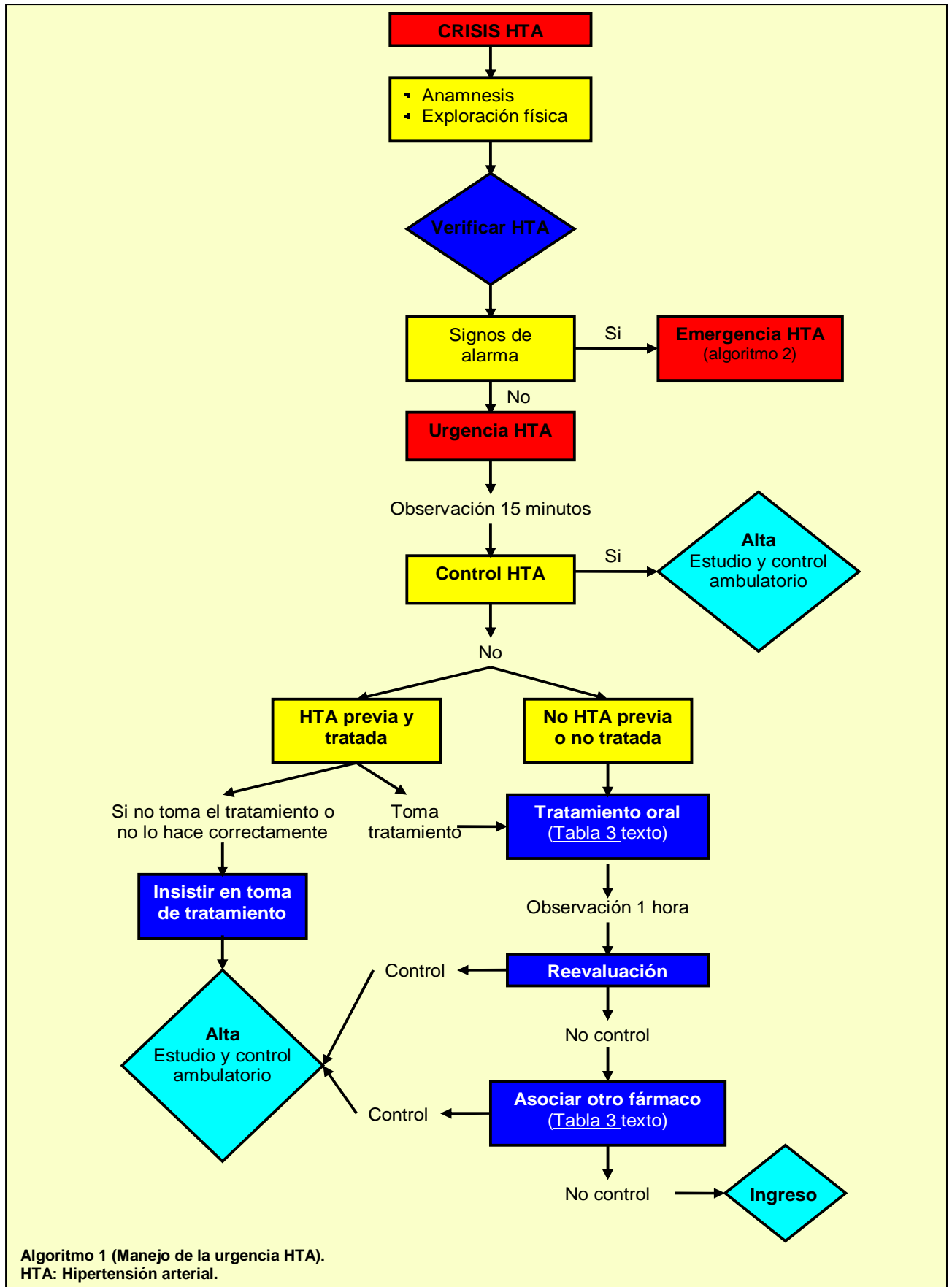
Se valorará la presencia de signos de alarma como alteración del nivel de conciencia, focalidad neurológica, retinopatía III/IV (ver **tabla 2**), que en el caso de que se presenten se seguirá el **algoritmo 2** de **emergencia HTA**.

Si no hay signos de alarma se considerará una **urgencia HTA** y se le mantendrá en observación durante aproximadamente 15 minutos, a veces incluso más tiempo e incluso con medidas sedativas, dependerá de las condiciones clínicas del paciente.

Si tras ese tiempo se controla la TA a cifras normales (menos de 140/90) o el cuadro clínico del paciente se le dará el alta, con estudio y control ambulatorio en su médico de cabecera.

Si no se controla la TA tras la observación nos podemos encontrar con 2 situaciones:

- Paciente con HTA previa conocida y con tratamiento.
- Paciente sin HTA previa conocida o con HTA conocida pero no tratada.



#### 4. HTA previa conocida y con tratamiento

Se la interrogará sobre si toma el tratamiento o sobre si lo hace correctamente.

Si no lo hace se le insistirá en que lo tome que lo tome y que siga las pautas de forma adecuada y se le dará el alta para control y seguimiento ambulatorio.

| Grupo terapéutico       | Fármaco     |
|-------------------------|-------------|
| Antagonistas del calcio | Amlodipino  |
|                         | Lacidipino  |
| Beta-bloqueantes        | Bisoprolol  |
|                         | Carvedilol  |
|                         | Atenolol    |
| Diuréticos              | Furosemina  |
|                         | Torasemida  |
| IECAS                   | Captoprilo  |
|                         | Enalapril   |
| ARA II                  | Losartán    |
|                         | Irbesartán  |
|                         | Candesartán |
| Alfa-bloqueante         | Doxazosina  |

TABLA 3. Fármacos para la urgencia hipertensiva.

IECAS: Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina. ARA II: Antagonistas de los receptores de la angiotensina II.

Si el paciente está tomando el tratamiento de forma correcta se le administrará por vía oral un fármaco de semivida larga (**tabla 3**) para intentar normalizar la TA en un plazo de 48-72 horas, aunque una vez administrado el fármaco adecuado (se usará alguno que no tenga interacciones con los fármacos que tome habitualmente, tal como indican las **Guías de HTA de la Sociedad Española de Cardiología**), se mantendrá al paciente un periodo de observación aproximado de 1 hora.

#### 5. Sin HTA previa conocida o con HTA conocida pero no tratada

Si el paciente no es un hipertenso conocido o es una HTA conocida pero no tratada farmacológicamente, una vez confirmada la HTA, y como en el punto anterior, se administrará alguno de los fármacos de la **tabla 3** (preferiblemente IECAS), y se mantendrá en observación durante 1 hora.

Una vez transcurrido ese tiempo se volverá a reevaluar al paciente, si hay control de la TA se dará el alta para estudio ambulatorio en su médico de cabecera.



Si tras la hora de observación no hay control de la TA se podrá asociar otro fármaco de los de la **tabla 3**, o bien aumentando la dosis del administrado previamente, se mantendrá otra hora en observación, y si hay control se podrá dar al alta para estudio ambulatorio, pero si no se controla se valorará traslado para ingreso en observación en observación, unidad de corta estancia o en planta específica (medicina interna, nefrología, cardiología, unidad de HTA, dependiendo del centro específico).

Hay que recordar que no se recomienda en la urgencia HTA el uso de Nifedipino por vía sublingual, incluso de cualquiera de los fármacos previos por esta vía, siempre buscando una reducción lenta y progresiva de la TA.

## **6. Recomendación resumida de la urgencia HTA para el centro de salud**

Se debe efectuar el descenso de la TA a los largo de varias horas o días. Se investigarán otras causas que puedan ayudar a la elevación de la TA, como ya se ha dicho, como el dolor, la ansiedad, la hipoxia, etc. Inicialmente se recomendará al paciente reposo físico y, en función del contexto, valorar la administración de ansiolíticos. A los 20-30 minutos se vuelve a medir la TA. Si es paciente con HTA conocida se hará una reintroducción del tratamiento sin hay incumplimiento, o un ajuste del tratamiento si realmente lo toma.

Si la HTA no era conocida se valorará iniciar tratamiento, recomendándose comenzar, si no hay contraindicaciones:

- Comenzar con Captopril por vía oral (la vía sublingual no ha demostrado mayor rapidez ni efectividad que la oral, con una absorción errática, con un comienzo de acción de ésta última de 15 o 30 minutos y efecto máximo en 1-2 horas), comenzando con 25 mg, que se pueden repetir a los 30 minutos. También se podría considerar el Labetalol 100 mg vía oral, con comienzo de acción también en 15 o 30 minutos y efecto máximo en 2-4 horas. Como ayuda se podría usar un diurético de asa como la Furosemda, tanto por vía oral o parenteral (20 o 40 mg). Si tras la segunda dosis de Captopril la TAD es superior a 110 mm de Hg, como no hay evidencia de que una mayor agresividad terapéutica mejor el pronóstico, se deberá dar un tratamiento oral para domicilio, con controles en 24-48 horas, como una tiazida con un beta-bloqueante o un calcioantagonista.

## MANEJO EN URGENCIAS DE LA EMERGENCIA HTA

El manejo de la emergencia hipertensiva en un servicio de urgencias extrahospitalario se basará en la detección rápida de la situación de emergencia y actuar sobre ella en función de los datos clínicos (**algoritmo 2**), que nos servirán para estratificarla.

Siempre hay que tener en cuenta una serie de premisas, que son:

- En la emergencia HTA se deberá hacer una reducción de la TA en un intervalo entre 1 y 2 horas, recomendándose la reducción de la TAD entre un 10-15 % o a 110 mm Hg en un periodo de 30-60 minutos, aunque en los pacientes con disección aórtica la TA se reducirá rápidamente, en 5-10 minutos, intentando lograr una TAS inferior a 120 mm Hg, dependiendo de la tolerancia del paciente.
- Se utilizarán fármacos (**tabla 4**) siempre por vía parenteral, preferiblemente, evitando la vía sublingual y la intramuscular. Por tanto se deberá canalizar una vía periférica con prontitud.
- Todo paciente con una emergencia HTA deberá ser monitorizado de forma continua, tanto la TA como la frecuencia y el ritmo cardiaco, así como el resto de constantes vitales.
- Se valorará un sondaje vesical, con medición de la diuresis.
- Se deberá hacer una valoración periódica del nivel de conciencia.

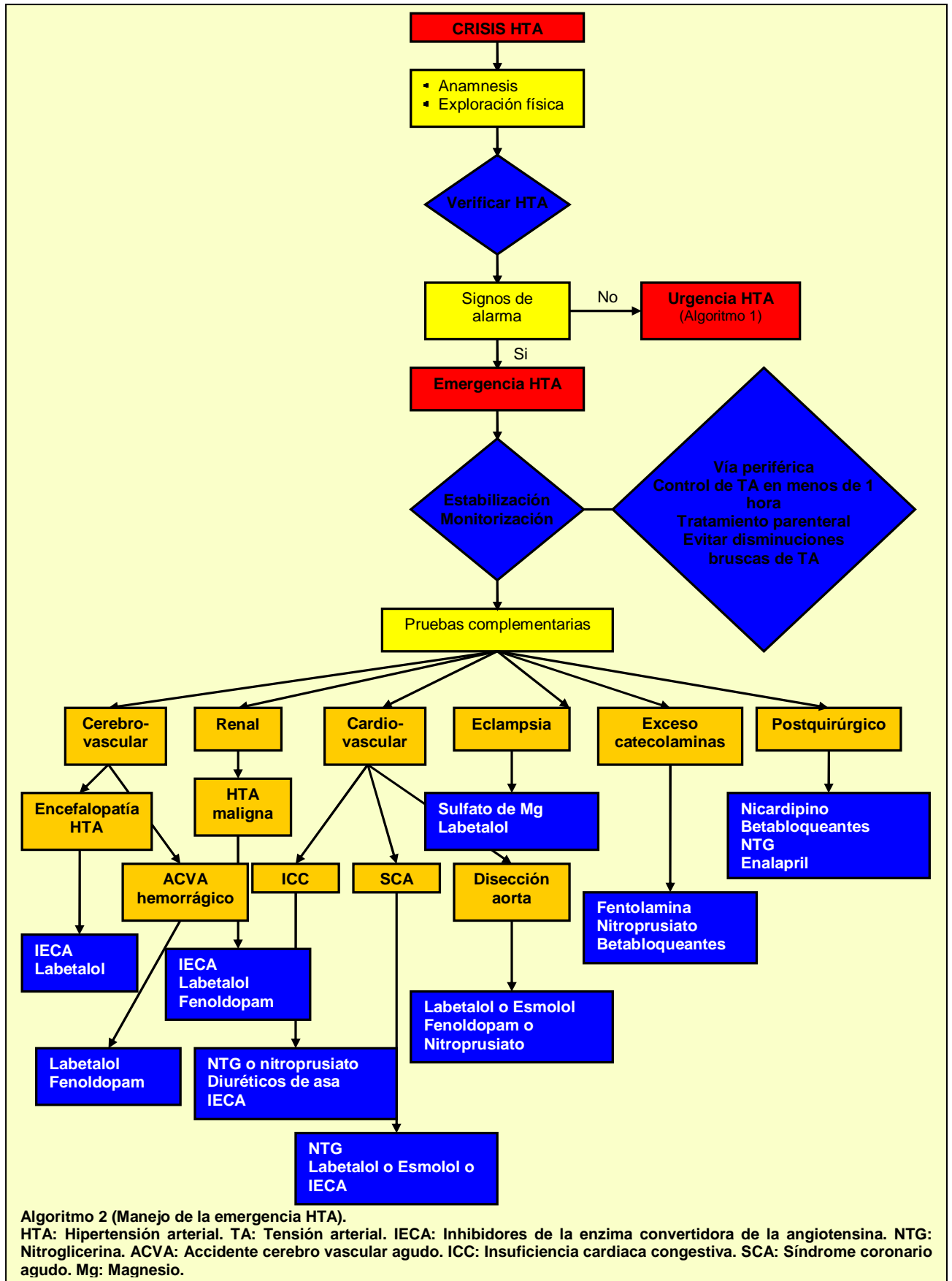
En todo paciente que se detecta una emergencia HTA, una vez iniciadas las medidas de estabilización y solicitadas las pruebas complementarias para establecer la causa que la provoca, se iniciará el tratamiento en función de ésta, tal como se desarrolla en el **algoritmo 2**.

Así, se puede encontrar

### 1. Causas cerebrovasculares

Cuando la emergencia HTA se presenta con afectación cerebrovascular se pueden encontrar tres situaciones concretas:

- Encefalopatía HTA: Se sospecha la misma cuando se descarta que sea un ACV isquémico o hemorrágico, habiendo un déficit de perfusión cerebral que precisa un tratamiento urgente, siendo el indicado los IECAS asociados con alfa beta-bloqueantes como el Labetalol, y estando contraindicados los diuréticos y los vasodilatadores.



| Grupo terapéutico                         | Fármaco       | Dosis  |
|---|---------------|--|
| Alfa-beta-bloqueantes                     | Labetalol     | Bolo 20 mg, repetir 20-80 mg cada 10 min hasta un máximo de 300 mg |
|   |               | Perfusión de 1-2 mg/min  |
| Beta-bloqueantes                          | Esmolol       | Bolos de 0,5 mg/kg   |
|   |               | Perfusión de 25-300 microgr/kg/min                                 |
| IECAS                                     | Enalapril     | Bolos de 1 mg  |
| Agonistas dopaminérgicos                  | Fenoldopam    | Perfusión 0,1 microgr/kg/min                                       |
| Vasodilatador art. y venoso               | Nitroprusiato | Perfusión 0,25-0,5 microgr/kg/min                                  |
| Vasodilatadores venosos                   | NTG           | Perfusión 5-100 microgr/kg/min                                     |
| Calcioantagonistas                        | Nicardipino   | Perfusión 5 mg/h   |
| Antagonistas selectivos alfa-adrenérgicos | Urapidilo     | Bolos de 25 mg cada 5 min hasta un máximo de 100 mg                |
| Bloqueantes beta adrenérgicos             | Fentolamina   | Bolos de 1-5 mg  |

TABLA 4. Fármacos para la emergencia hipertensiva.  
IECAS: Inhibidores de la enzima convertidora de la angiotensina. Art.: arteriales. NTG: Nitroglicerina

- ACV isquémico: La mayoría de los ACV isquémicos suelen tener una elevación de la TA, sin ser la causa de los mismos y que suele normalizarse de forma espontánea (incluso a veces el normalizarla puede ser potencialmente peligrosa). Sólo cuando las cifras de TA sean superiores a 220 mm Hg de TAS o 120 mm Hg de TAD, y haya que realizar tratamiento fibrinolítico, se usarán fármacos para disminuirla, siendo los indicados el Labetalol, y como alternativa el Fenoldopam, no aconsejándose el uso de Nitroprusiato.
- ACV hemorrágico: Como en los anteriores suele haber una HTA refleja, pero que no se normaliza espontáneamente, teniendo en cuenta que hay que evitar las disminuciones bruscas de la TA, recomendándose una individualización del tratamiento en función de las tensiones basales, se valorará la causa de la hemorragia, la edad y los signos de hipertensión endocraneal, recomendándose, como en el anterior, el Labetalol y como alternativa el Fenoldopam.

## 2. Causas renales

Cuando hay una isquemia renal se produce una sobreproducción de Renina-Angiotensina, y esto lleva a una HTA maligna-acelerada que precisa un tratamiento de inmediato pero que, aún así, presenta una alta mortalidad. Se recomiendan IECAS (habitualmente el Captopril oral, no indicándose el Enalapril i.v. por su efecto rápido), pero si no se pueden usar bolos de Labetalol o de Fenoldopam.

## 3. Causas cardiovasculares

Si la emergencia HTA produce una causa cardiovascular se podrán presentar tres situaciones concretas:

- Insuficiencia cardiaca: Cuando aparece una insuficiencia cardiaca suele ser del ventrículo izquierdo e hipertensiva, siendo la elevación de la TA tanto la causa como la consecuencia del edema agudo de pulmón (EAP), recomendándose el uso de vasodilatadores i.v. (Nitroglicerina o Nitroprusiato) combinados con diuréticos de asa (Furosemida) o IECAS, evitando los beta-bloqueantes (ver tema correspondiente).
- Síndrome coronario agudo: Como en anterior, el SCA se puede presentar en el contexto de una elevación brusca de la TA, o bien ser la causa de la misma. Se busca el disminuir el consumo de O<sub>2</sub> por el miocardio y bloquear la acción neurohumoral, recomendándose la NTG i.v., (se evitará el Nitroprusiato), que se podrá combinar con beta-bloqueantes (excepto cuando hay una intoxicación por Cocaína como responsable de la HTA) como el Esmolol o el Labetalol, o bien IECAS como el Enalapril i.v.
- Disección de aorta: Es una emergencia HTA en la cual hay que actuar con prontitud, buscando encontrar una TAS entre 140-100 mm Hg. Se recomienda combinar un beta-bloqueante (como el Labetalol o el Esmolol) con un vasodilatador (bien Fenoldopam o Nitroprusiato).

#### **4. Eclampsia**

Cuando hay una pre-eclampsia o una eclampsia, aunque el tratamiento definitivo es la inducción del parto, el tratamiento de la HTA se hará con expansión de volumen, sulfato de magnesio para la profilaxis de la crisis convulsiva y control de la TA con Labetalol, y como alternativa el Nicardipino y en último caso la Hidralazina (que puede provocar cefalea, náuseas y vómitos, por lo que no se debe usar excepto que no quede otro remedio). Están contraindicados los IECAS y el Nitroprusiato.

#### **5. Exceso de catecolaminas**

Con el consumo de drogas como la Cocaína, las anfetaminas, el LSD o el éxtasis, o bien cuando hay un feocromocitoma, o el consumo de IMAOS con alimentos o fármacos contraindicados, o bien el cese brusco de tratamientos con beta-bloqueantes, producen un exceso de producción de catecolaminas que lleva a una crisis HTA muchas veces representada como una emergencia. Si la causa es un feocromocitoma se aconseja el tratamiento con Fentolamina asociada a calcioantagonistas. En las otras situaciones se recomienda la NTG, el Nicardipino o el Verapamilo, combinados con benzodíacepinas i.v., pero también se podrían usar Fenoldopam, Nitroprusiato o Fentolamina. Están contraindicados los beta-bloqueantes.

#### **6. HTA postquirúrgica**

Cuando hay una emergencia HTA tras una intervención quirúrgica se recomienda el uso de calcioantagonistas como el Nicardipino i.v., o bien beta-bloqueantes, NTG o Enalapril i.v. (excepto ésta última si hay cardiopatía isquémica).

## **CUIDADOS DE ENFERMERÍA / PROCEDIMIENTO EN ATENCIÓN DE ENFERMERÍA**

Todas las intervenciones en este proceso de enfermería van dirigidas a colaborar en la reducción de forma conveniente y rápida, pero efectiva y progresiva, de la crisis hipertensiva evitando los daños colaterales o directos de los órganos diana. Además, el personal de enfermería facilitará el control de la tensión arterial por parte del propio paciente, que modifique sus estilos de vida y medidas de autocuidado, así como detección rápida de síntomas que orienten hacia una urgencia y/o emergencia hipertensiva.

Los diagnósticos serán:

### **a. Alteración del patrón hemodinámico relacionado con la tensión arterial elevada.**

- **Resultados esperados.**

El paciente deberá mantener la tensión arterial dentro de los límites normales.

- **Acciones de enfermería en la emergencia HTA.**

- Monitorización de la presión arterial: de la sistólica, de la diastólica y de la tensión arterial media.
- Monitorización del nivel de conciencia.
- Realización del ECG.
- Monitorizar y vigilar frecuencia y ritmo cardiaco, además del pulso.
- Control de la vía venosa.
- Vigilar la presencia o aparición de complicaciones.
- Administración de fármacos pautados.
- Vigilar efectos del tratamiento.

- **Acciones de enfermería en la urgencia HTA.**

- Monitorización de la presión arterial sistólica y diastólica.

- Monitorizar nivel de conciencia.
- Monitorizar y vigilar la frecuencia y el ritmo cardiaco, además del pulso.
- Control de la vía venosa.
- Administración de fármacos pautados, evitar la repotenciación e interacción con otros fármacos.
- Vigilancia de todos los efectos de los medicamentos.

**b. Potencial alteración de la perfusión hística (cerebral, renal y vascular periférica) relacionado con un aumento de la resistencia vascular periférica.**

- **Resultados esperados.**

El paciente no presentará lesión de los órganos diana secundarios de la crisis hipertensiva.

- **Acciones de enfermería en la emergencia HTA.**

- Balance hídrico estricto.
- Monitorización del nivel de conciencia y de la escala de coma de Glasgow.
- Evaluación de los efectos del tratamiento.
- Evaluación de las complicaciones y detección precoz de las mismas.

**c. Ansiedad y temor relacionado con el proceso patológico y perspectiva de vida.**

- **Resultados esperados.**

Disminución de la ansiedad del paciente.

- **Acciones de enfermería en la emergencia HTA.**

- Situar al paciente en un ambiente tranquilo si hay ansiedad.
- Valorar la sedación suave.
- Favorecer la expresión de dudas y temores.
- Hacer que el paciente y la familia participe en su cuidado.

- Coordinación con el psicólogo si se considera necesario.
- Vigilar la presencia o aparición de complicaciones.