

# ANEXO TEMA 50. ATENCIÓN DE ENFERMERÍA A LAS URGENCIAS CARDIOVASCULARES: CRISIS HIPERTENSIVAS

## 50.1. Crisis hipertensivas

### 50.1. CRISIS HIPERTENSIVAS

Las crisis hipertensivas son elevaciones agudas de la PAD mayores o iguales a 115 mmHg, que pueden comprometer la integridad anatómica y/o funcional de los órganos diana (corazón, aorta, cerebro o riñón), requiriendo un tratamiento inmediato puesto que pone en peligro la vida del paciente.

#### 50.1.1. Clasificación

Se distinguen dos tipos de crisis hipertensivas (Tabla 50.1):

- **Urgencia hipertensiva o crisis hipertensivas simples:** no comprometen la vida inmediatamente, pueden tratarse en horas, con medicación oral, sin hospitalización. Hay ausencia de lesión de órgano diana.
- **Emergencia hipertensiva:** supone un riesgo vital inminente, provocando alteraciones orgánicas graves, por lo que requiere un tratamiento inmediato (precisa reducir la PA en menos de 1 h) con medicación intravenosa y hospitalización. Existe presencia de lesión de órgano diana.

#### 50.1.2. Etiología

Toda persona que tiene HTA presenta riesgo de padecer una crisis hipertensiva alguna vez en su vida (entre el 1-2% de probabilidad). Generalmente, la padecen pacientes que tienen hipertensión esencial de larga duración mal controlada.

También puede darse en casos de lesiones en la cabeza, eclampsia/preeclampsia grave, abuso de sustancias, combinaciones de medicamentos, feocromocitoma, enfermedad parenquimal renal o enfermedad renovascular.

#### 50.1.3. Procedimientos terapéuticos

El objetivo del tratamiento dependerá del tipo de crisis hipertensiva. Así los procedimientos terapéuticos son los siguientes:

- **Emergencia hipertensiva:**
  - Reducción de la PA media durante las primeras 2 h, no más de un 25%, puesto que una disminu-

Características	Urgencia hipertensiva	Emergencia hipertensiva
<b>objetivo</b>	Reducción de PA en horas	Reducción de PA en minutos
<b>Tipos</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• HTA acelerada</li> <li>• Enfermedad coronaria crónica</li> <li>• Trombosis cerebral</li> <li>• Isquemia renal evolutiva</li> <li>• Rebote de supresión</li> <li>• HTA en quemados</li> <li>• HTA postoperatoria</li> <li>• Trasplantes renales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encefalopatía hipertensiva (accidente vascular cerebral y hemorragia cerebral)</li> <li>• Edema agudo de pulmón</li> <li>• Infarto agudo de miocardio o angina inestable</li> <li>• HTA perioperatoria</li> <li>• Disección aórtica aguda</li> <li>• Insuficiencia renal aguda</li> </ul>

Tabla 50.1. Clasificación de las crisis hipertensivas

ción demasiado rápida es posible que ocasione hipoperfusión cardíaca o cerebrovascular, pudiendo provocar un infarto agudo de miocardio o accidente cerebrovascular.

- También habrá que administrar una expansión lenta de cloruro sódico para compensar la natriuresis de presión (aumento de la eliminación de sodio y de agua producida por una PA muy elevada), mejorando la reperfusión de los órganos y evitando el descenso súbito de la PA.
- Una vez estabilizado, reducir la PA durante las siguientes 2-6 h a cifras comprendidas en PAS 160 mmHg y PAD 110/100 mmHg.
- Requerirá el ingreso en unidades de cuidados intensivos para la administración de tratamiento y la monitorización cardiovascular, hemodinámica y neurológica.
- El tratamiento farmacológico será preferiblemente mediante perfusión intravenosa continua de antihipertensivos de acción corta (Tabla 50.2).

• **Urgencia hipertensiva:**

- Reducción de la PA durante varias horas o días hasta 160/110 mmHg.
- Su manejo puede realizarse de forma ambulatoria, mediante administración de antihipertensivos orales.

- Educación sanitaria: explicar el proceso de la enfermedad, la importancia de la adherencia al tratamiento y la necesidad de cambiar estilos de vida poco saludables (perder peso, hacer ejercicio, dejar de fumar, disminuir el consumo de sal y de alcohol, realizar una dieta equilibrada).

**BIBLIOGRAFÍA**

- Brunner y Suddarth. *Enfermería medicoquirúrgica*. 10.ª ed. McGraw-Hill Interamericana. 2004.
- Cheek DJ. Descubrir los secretos de dos enfermedades cardíacas frecuentes. *Nursing* 2009; 27(9): 38-41.
- Harrison. *Conceptos básicos de la práctica clínica*. 15.ª ed. McGraw-Hill Interamericana. Madrid, 2005.
- Horne EM. Objetivo: crisis hipertensivas. *Nursing* 2009; 27(9): 20-25.
- Mc Closkey Dorchterman J, Bulechek G. *Clasificación de Intervenciones de enfermería (NIC)*. 5.ª ed. Elsevier. 2009.
- Piriz Campos R, De la Fuente Ramos M. *Enfermería médicoquirúrgica*. 1.ª ed. Difusión Avances de Enfermería (DAE). Madrid, 2001.

	FÁRMACO	INICIO DE LA ACCIÓN	DURACIÓN DE LA ACCIÓN	REACCIONES ADVERSAS
<b>Vasodilatadores</b>	Nitroprusiato	Inmediato	1-2 min	Náuseas, vómitos, temblores, sudoración
	Nicardipino	5-10 min	15-30 min (4 h)	Taquicardia, sofocos, dolor de cabeza, flebitis
	Fenoldopam	< 5 min	30 min	Taquicardia, dolor de cabeza, náuseas, sofocos
	Nitroglicerina	2-5 min	5-10 min	Dolor de cabeza, vómitos
	Enalaprilato	15-30 min	6-12 h	PA muy variable
	Hidralazina	10-20 min	1-4 h	Taquicardia, sofocos, agravamiento angina
<b>Inhibidores adrenérgicos</b>	Labetalol	5-10 min	3-6 h	Vómitos, broncoconstricción, mareo, bloqueo cardíaco, hipotensión ortostática
	Esmolol	1-2 min	10-30 min	Hipotensión, náuseas, asma, bloqueo AV 1.º grado
	Fentolamina	1-2 min	10-30 min	Taquicardia, sofocos

**Tabla 50.2.** Fármacos antihipertensivos utilizados en emergencias hipertensivas