

Emergencia hipertensiva

La pregunta no es qué tan alta está la presión, sino si hay daño agudo de órgano. La PA elevada asintomática no es emergencia – y tratarla agresivamente daña.

Dr. David Rojas · Médico Internista Certificado ·
@davidrojas_medicinainterna

Basado en: Bress AP, et al. The Management of Elevated Blood Pressure in the Acute Care Setting –
AHA Scientific Statement. Hypertension 2024 · DOI 10.1161/HYP.000000000000238

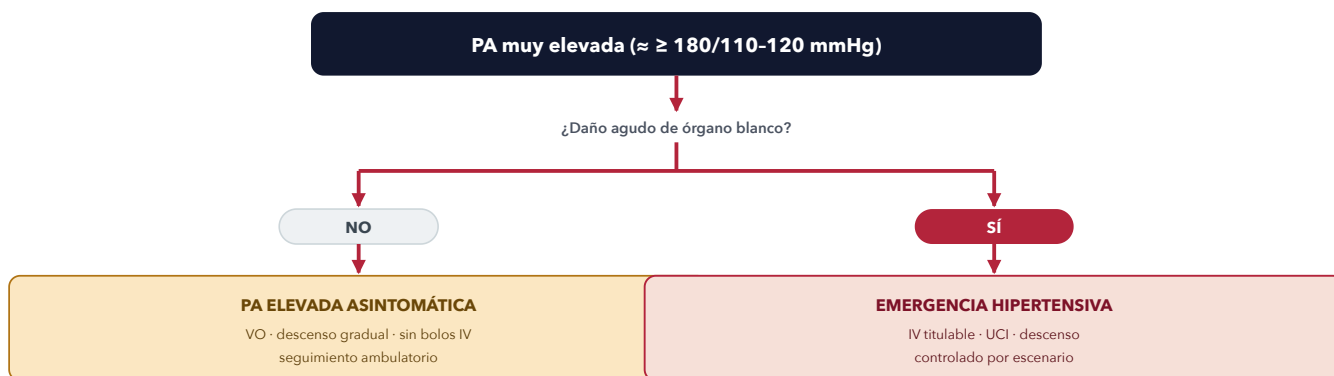
- 01 Dos escenarios, no tres
- 02 El daño de órgano que define la emergencia
- 03 Por qué el descenso es gradual
- 04 Emergencia: metas por escenario
- 05 Fármacos IV titulables
- 06 PA elevada asintomática: qué hacer
- 07 Casos especiales y disposición
- 08 Lo que sí funciona
- 09 Para llevar a la guardia

01 Dos escenarios, no tres

CAJA DE DECISIÓN

La PA muy elevada en el hospital o urgencias se divide en **dos** grupos –ya **no** se usa el término “urgencia hipertensiva”–: **(1) emergencia hipertensiva** = PA muy alta **con daño agudo de órgano** → IV, descenso controlado, monitorizada; y **(2) PA elevada asintomática** = sin daño agudo → **no** es emergencia y **no** se trata con descensos rápidos.

La PA elevada intrahospitalaria es muy común (hasta el 72% de los ingresos en alguna serie), y el reflejo de “corregir el número” con fármacos IV es justo lo que hay que evitar cuando no hay daño de órgano.



La emergencia se define por el **daño agudo de órgano**, no por una cifra. Recreado del marco de Bress AP, et al. (Hypertension 2024).

02 El daño de órgano que define la emergencia

Lo que convierte una PA muy alta en **emergencia** es el daño agudo. Búscalo dirigidamente:

- **Cerebro:** encefalopatía hipertensiva, EVC isquémico o hemorrágico, papiledema.
- **Corazón / aorta:** síndrome coronario agudo, edema agudo de pulmón, **disección aórtica**.
- **Riñón:** lesión renal aguda, hematuria/proteinuria de novo.
- **Obstétrico:** preeclampsia severa / eclampsia / HELLP.
- **Microvascular:** anemia hemolítica + trombocitopenia (HTA maligna), retinopatía grado III-IV.

El estudio se dirige por la sospecha clínica:

Sistema	Datos / signos	Estudio dirigido
Neurológico	Cefalea intensa, confusión, déficit focal, convulsión, papiledema.	TC o RM de cráneo.
Cardiovascular	Dolor torácico, disnea, soplo nuevo, asimetría de pulsos.	ECG, troponina, Rx de tórax; angioTC si sospecha disección.
Renal	Oliguria, edema, orina espumosa.	Creatinina, EGO, cociente albúmina/creatinina.
Ocular	Visión borrosa.	Fondo de ojo (hemorragias, exudados, papiledema).
Obstétrico	Embarazo > 20 sem, cefalea, epigastalgia.	Proteinuria, plaquetas, enzimas hepáticas.

Mide bien (manguito y técnica correctos): los aparatos oscilométricos pueden subestimar hasta 50/30 mmHg.

03 Por qué el descenso es gradual

CAJA DE DECISIÓN

En la HTA crónica la **autorregulación** cerebral y renal se desplaza a presiones más altas. Por eso un descenso **brusco** –aunque la cifra siga “alta”– cae por debajo del umbral de perfusión y produce **isquemia**. De ahí las dos reglas: en la emergencia, baja **solo ~20-25% la primera hora** con fármacos titulables; en la asintomática, no la “corrijas” con IV.

04 Emergencia: metas y fármacos por escenario

Regla general: reduce la **MAP ~20-25% en la primera hora**, luego de forma gradual – **salvo** disección aórtica, eclampsia y feocromocitoma, que exigen metas más rápidas/específicas.

Escenario	Meta	Fármacos
Encefalopatía hipertensiva	MAP -20 a -25% en la 1.ª h	Labetalol o nicardipino (alt. nitroprusiato)
EVC isquémico, SBP > 220 (sin trombólisis)	MAP -15% en 1 h	Labetalol o nicardipino
EVC isquémico con trombólisis	< 185/110 antes; < 180/105 después	Labetalol o nicardipino
EVC hemorrágico, SBP > 180	SBP 130-180 mmHg	Labetalol o nicardipino
Síndrome coronario agudo	SBP < 140 mmHg	Nitroglicerina, labetalol
Edema agudo de pulmón	SBP < 140 mmHg	Nitroglicerina o nitroprusiato (+ diurético)
Disección aórtica aguda	SBP < 120 y FC < 60 (rápido)	Esmolol/β + vasodilatador (nicardipino/nitroprusiato)
Eclampsia / preeclampsia severa	SBP < 160 mmHg	Labetalol o nicardipino + sulfato de magnesio

05 Fármacos IV titulables

Fármaco	Característica	Precaución
Labetalol	α/β-bloqueador IV; inicio rápido y versátil.	Asma/EPOC, bradicardia, IC descompensada.
Nicardipino	Calcioantagonista IV; tituable y predecible.	Taquicardia refleja, cefalea.
Clevidipino	Calcioantagonista IV ultracorto; control muy fino.	Emulsión lipídica (alergia a huevo/soya).
Esmolol	β-bloqueador ultracorto; ideal en disección.	IC descompensada, broncoespasmo, bradicardia.
Nitroglicerina	Venodilatador; de elección en SCA y edema pulmonar.	Tolerancia; evita en IAM de ventrículo derecho.
Nitroprusiato	Vasodilatador potente y muy tituable.	Toxicidad por cianuro/tiocianato (uso prolongado/ERC).

06 PA elevada asintomática: qué hacer

LA TRAMPA (LO QUE CAMBIÓ)

Tratar la PA elevada **asintomática** con bolos IV o intensificación reflexiva **se asocia a daño** (hipoperfusión, caídas, lesión renal) y no mejora desenlaces. Aun así, ~1 de cada 3 pacientes hospitalizados con PA alta asintomática recibe fármaco innecesario.

- **Re-mide** con técnica correcta tras unos minutos de reposo – muchas cifras altas bajan solas.
- Trata los **gatillos reversibles**: dolor, ansiedad, retención urinaria, suspensión de su antihipertensivo habitual.
- **Reanuda/optimiza el tratamiento oral** domiciliario; evita los **bolos IV**.
- No busques “normalizar” la cifra en horas: descenso **gradual** y **seguimiento ambulatorio**.

07 Casos especiales y disposición

- **Feocromocitoma / crisis adrenérgica** (cocaína, simpaticomiméticos): fentolamina o nicardipino. **Nunca betabloqueo aislado** – el bloqueo β sin α deja vasoconstricción sin oposición y empeora la crisis.
- **HTA maligna** (retinopatía grado III-IV con microangiopatía): es emergencia – trata y busca causa secundaria.
- **HTA perioperatoria**: muy frecuente; controla el dolor y la sobrecarga de volumen, y reanuda los antihipertensivos que se suspendieron.
- **Crisis renal por esclerodermia**: el **IECA es el tratamiento de elección** – no lo retires aunque suba transitoriamente la creatinina.
- **Disposición**: la emergencia va a **UCI** con monitoreo continuo (idealmente línea arterial); la PA elevada asintomática **no** requiere ingreso por la cifra y se sigue de forma ambulatoria temprana.

LO QUE SÍ FUNCIONA – CHECKLIST PA ELEVADA AGUDA

- ✓ Pregunta primero por **daño agudo de órgano**, no por la cifra.
- ✓ **Emergencia** (con daño) → IV titulable, monitorizada, descenso **controlado por escenario**.
- ✓ Regla: **MAP –20-25% en la 1.ª hora** (excepciones: disección, eclampsia, feocromocitoma).
- ✓ **Disección**: β primero (esmolol) → SBP < 120 y FC < 60, luego vasodilatador.
- ✓ **EVC isquémico**: permite cifras altas salvo trombólisis (< 185/110) o > 220.
- ✓ **Asintomática** → re-mide, trata gatillos, reanuda VO, **nada de bolos IV**.
- ✓ Ya no se dice “urgencia hipertensiva”: o es emergencia, o es PA elevada asintomática.

PARA LLEVAR A LA GUARDIA

- Dos escenarios: **emergencia** (daño agudo de órgano) vs **PA elevada asintomática**.
- La **asintomática no es emergencia**: re-mide, trata gatillos, VO gradual – sin bolos IV.
- En emergencia, el **escenario** manda la meta y el fármaco (no hay receta única).
- **Disección** es la excepción agresiva: SBP < 120 y FC < 60, ya.