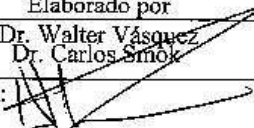
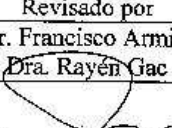
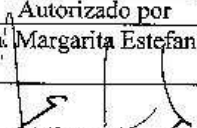

	SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR – QUILLOTA	Cód: PRO-RCR-022
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN ASISTENCIAL	Versión : 01
	PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA CRISIS HIPERTENSIVA	F. Emisión : 28/06/11 F. Revisión : 28/06/14 Página 1 de 1

**PROTOCOLO
CRISIS HIPERTENSIVA
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA**

2011 – 2014

Elaborado por Dr. Walter Vásquez Dr. Carlos Smok	Revisado por Dr. Francisco Armijo Dra. Rayén Gac	Autorizado por Dra. Margarita Estefan S.
Firma: 	Firma: 	Firma: 
Fecha: 06/06/2011	Fecha: 28/06/11	Fecha: 29/06/11

	SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR – QUEILÓTA	Cód: PRO-RCR-022
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN ASISTENCIAL	Versión : 01
	PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE CRISIS HIPERTENSIVA	F. Emisión : 28/06/11 F. Revisión : 28/06/14 Página 1 de 9

Introducción:


La Hipertensión Arterial es un importante problema médico clínico y de salud pública. La prevalencia de la HTA incrementa conforme avanza la edad, hasta el punto que más de la mitad de las personas entre 60 y 69 años, y aproximadamente tres cuartos de los mayores de 70 años están afectados.

El inadecuado control de la Hipertensión arterial es el factor de riesgo número uno para la muerte en todo el mundo. La hipertensión no diagnosticada, no tratada y no controlada significa un gravamen sustancial en el sistema de atención de salud.

El descenso de los índices de muertes por enfermedad coronaria y cerebrovascular se han entolecido en la pasada década. Además, los índices de prevalencia y hospitalización por Insuficiencia Cardíaca, en que la mayoría de los pacientes eran hipertensos antes de desarrollar IC han continuado aumentando. También hay una tendencia al incremento en enfermedad renal terminal (ERTC) por diagnóstico primario. La HTA solo está detrás de la diabetes como el antecedente más común para esta condición.

La adecuada terapia antihipertensiva se ha asociado con reducciones en la incidencia de ictus del 35 al 40%, infarto de miocardio del 20 al 25%, e Insuficiencia cardíaca sobre 50% .

Un número importante de pacientes hipertensos consultan en APS o en Servicios de Urgencia, o concurren a sus controles en APS presentando cifras tensionales notoriamente altas (PAS>180 o PAD>120 mmHg.) planteando la necesidad de diagnosticar y manejar adecuadamente esa situación sea como Hipertensión Arterial crónica mal controlada o una menos frecuente Crisis Hipertensiva, que sin embargo es una situación de riesgo inmediato aumentado y que requiere un manejo adecuado y oportuno

	SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR – QUILLÓTA	Cód: PRO-RCR-022
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN ASISTENCIAL	Versión : 01
	PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE CRISIS HIPERTENSIVA	F. Emisión : 28/06/11 F. Revisión : 28/06/14 : Página 2 de 9

1. Objetivo:

- 1.1. Establecer las opciones y requisitos para el diagnóstico diferencial de pacientes que presentan cifras tensionales muy altas
- 1.2. Estandarizar las actividades a realizar en pacientes con crisis hipertensiva en atención primaria con el fin de mejorar la resolutivez y el proceso asociado a la pertinencia diagnóstica.

2. Alcance:


- 2.1. Equipo de Salud Atención Primaria/SAPU
- 2.2. Médico UEA/ Hospital
- 2.3. Médico Especialista CAE/Hospital

3. Responsabilidad:

- 3.1. Directores/as de establecimientos de Atención Primaria
- 3.2. Jefe de la UEA
- 3.3. Director de Hospital

4. Fundamento:

La Crisis Hipertensiva se reconoce en nuestra realidad como un síndrome frecuente, de manejo heterogéneo en cuanto a su oportunidad y calidad, constituyendo además una condición que provoca numerosas referencias entre el sistema de APS y las Unidades de Urgencias Hospitalarias, en muchas ocasiones de manera innecesaria. Su manejo oportuno cobra especial relevancia en la orientación del tratamiento del paciente hipertenso, para evitar morbilidad y mortalidad innecesaria y prevenir riesgos, al menos los inmediatos.

	SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR – QUILLOTA	Cód: PRO-RCR-022
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN ASISTENCIAL	Versión : 01
	PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE CRISIS HIPERTENSIVA	F. Emisión : 28/06/11 F. Revisión : 28/06/14 Página 3 de 9

5. Definición Crisis Hipertensiva


Síndrome de hipertensión aguda grave (habitualmente presiones diastólicas mayores de 120 mm de Hg) que, en el momento de presentación, cursa con daño de órganos diana (**emergencia hipertensiva**) o sin daño de órganos diana (**urgencia hipertensiva**). Como puede apreciarse, estas definiciones se basan en diferencias conceptuales sobre el riesgo que el alza tensional representa para el paciente en su contexto clínico, y no en cifras tensionales diferentes.

Tabla 3. Diferencias entre urgencia y emergencia hipertensiva

Emergencia hipertensiva	Urgencia hipertensiva
Vida del paciente o integridad de parénquimas en riesgo.	No hay peligro vital u orgánico, pero sí alto riesgo.
Controlar PA en minutos y horas	Controlar PA en pocos días.
Manejo en hospital, muchas veces en U.T.I.	El tratamiento puede ser ambulatorio, pero con controles frecuentes.
Hipotensores parenterales	Hipotensores orales, de titulación rápida

No constituye Crisis Hipertensiva la hipertensión arterial grado III aislada, que se define como el hallazgo de cifras tensionales elevadas, PA diastólica (PAD) >110 mmHg y <130 mmHg, sin síntomas y sin amenaza de daño rápidamente progresivo de órganos blanco. La mayoría de las hipertensiones diastólicas >120 mm Hg atendidas en los Servicios de Urgencia equivalen a consultas por hipertensión no diagnosticada o inadecuadamente manejada, lo que ha convertido a los Servicios de Urgencia en un lugar de detección y consulta, y a veces de referencia, para hipertensos mal controlados.

Por esta razón, se debe insistir en lo peligrosa que es la práctica frecuente en algunos Servicios de Urgencia, de considerar como una *urgencia o emergencia* a cualquier cifra de PA sistólica (PAS) >180 mmHg o PAD>120 mmHg, en pacientes asintomáticos o con molestias inespecíficas. Estos pacientes son habitualmente portadores de hipertensión severa previa, por lo que la repercusión cardiovascular (arterioesclerosis e hipertrofia ventricular) les otorga mayor resistencia a la elevación tensional. Por otro lado, la

	SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR – QUILLOTA	Cód: PRO-RCR-022
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN ASISTENCIAL	Versión : 01
	PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE CRISIS HIPERTENSIVA	F. Emisión : 28/06/11 F. Revisión : 28/06/14 Página 4 de 9

autoregulación de su circulación cerebral se encuentra desplazada a la derecha, con lo que los descensos bruscos de presión arterial (inocuos en un hipertenso reciente) pueden provocar hipoperfusión cerebral en un hipertenso crónico.

Frecuentemente, en estos casos, la situación que motiva la consulta al Servicio de Urgencia es la causa del alza tensional y no una complicación de la hipertensión. Es así como una epistaxis, el síndrome vertiginoso y patologías asociadas a dolor intenso y/o a ansiedad son capaces de producir alzas de la presión arterial en normotensos, y exacerbar la hipertensión de base en hipertensos establecidos.

Existen, por otro lado, situaciones que elevan compensatoriamente la PA, y en las cuales la reducción de la presión arterial puede agravar la alteración primaria, como la isquemia coronaria, el accidente vascular oclusivo y la isquemia placentaria.


Además del contexto clínico en que se presenta el alza tensional, es necesario considerar que la crisis hipertensiva genera diversas cascadas de mecanismos fisiopatológicos, que en tiempos muy breves exacerban el alza tensional y la repercusión en parénquimas nobles.

Todo lo anterior hace necesario individualizar el tratamiento de la crisis hipertensiva, para obtener cifras tensionales seguras, pero que no provoquen hipoperfusión de órganos nobles.

6. Prioridad de la derivación:

Emergencia Hipertensiva, es decir cuando además se presenta:

- Insuficiencia aguda ventricular izquierda
- Hemorragia subaracnoidea o intracerebral
- Encefalopatía hipertensiva
- Disección aórtica
- Síndrome coronario agudo
- Crisis adrenérgica (incluye cocaína)

	SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR – QUILLOTA	Cód: PRO-RCR-022
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN ASISTENCIAL	Versión : 01
	PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE CRISIS HIPERTENSIVA	F. Emisión : 28/06/11 F. Revisión : 28/06/14 Página 5 de 9

- Eclampsia
- Otros (Insuficiencia renal aguda, retinopatía hipertensiva grado III-IV K-W., anemia hemolítica microangiopática)

La derivación debe ser inmediata y coordinada con el SAMU (arribo a hospital antes de 60 minutos)


Urgencia hipertensiva cuya presión arterial siga sobre 180/120 mm. Hg. a pesar de tratamiento adecuado al control a las 24-48 horas de iniciado en el consultorio APS. Derivable en vehículo institucional de APS/Sapu con interconsulta que consigne datos clínicos, y de tratamientos efectuados.

Se debe evitar tratar en forma agresiva a pacientes con alza de presión arterial Asintomática, confundiéndola con Emergencia o Urgencia hipertensiva. En ellos hay que tranquilizar al paciente, reinstalar los antihipertensivos, observar su efecto, esperar la estabilización tensional, evaluar la perfusión periférica y PA de pie, dar indicaciones de control en las próximas 24-48 h, e idealmente coordinar control en la atención primaria. En caso de diagnosticarse Urgencia Hipertensiva el manejo farmacológico es esencialmente por vía oral con algún (o algunos) de los siguientes fármacos:

Tabla 7. Antihipertensivos orales para el manejo de la urgencia hipertensiva

Agente	Dosis	Inicio/Duración Acción	Precauciones
Captopril	25 mg p.o., repetir SL 25 mg. Según necesidad	15-30 min /6-8 h s.l. 12-30 min /2-6 h.	Hipotensión con depleción de volumen IRA en estenosis bilateral AR
Clonidina	0.1-0.2 mg p.o., repetir cada h. 0.2 hasta dosis total de 0.6 mg	30-60 min /8-16 h.	Hipotensión, somnolencia.
Labetalol	200-400 mg p.o., repetir cada 2-3 h.	30 min - 2 h /2-12 h	Broncoconstricción, bloqueo AV, hipotensión.
Prazosina	1-3 mg p.o., repetir cada h	1-3 h / 8-12 h	Síncope 1ª dosis, palpitaciones, hipotensión.

En casos y circunstancias excepcionales y dada nuestra realidad, sería posible usar nifedipino sublingual, titulando su dosis, administrando 5 gotas, midiendo

	SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR – QUILLOTA	Cód: PRO-RCR-022
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN ASISTENCIAL	Versión : 01
	PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE CRISIS HIPERTENSIVA	F. Emisión : 28/06/11 F. Revisión : 28/06/14 Página 6 de 9

su efecto a los 10 min con PA sentado y de pie cuando sea posible y, si fuera necesario, repetir esta dosis hasta completar 10 mg. La furosemida, también ampliamente usada en los Servicios de Urgencia, sólo debe ser empleada frente a un edema pulmonar agudo y en hipertensiones con expansión del volumen extracelular (ej. síndrome nefrítico agudo). La rápida depleción de volumen puede provocar vasoconstricción compensatoria y una exacerbación paradójica de las cifras tensionales. Por otro lado, las situaciones de intensa vasoconstricción se acompañan de reducción del volumen plasmático.


MANEJO DE UNA HIPERTENSIÓN SEVERA NO COMPLICADA,

Situación actual: La conducta frecuente de los médicos en estas circunstancias es administrar un fármaco con rápido efecto hipotensor, como furosemida i.v. o nifedipina sublingual. Ello produce una falsa tranquilidad en el médico y el enfermo, por la rápida caída de la PA pero hay tres riesgos importantes:

- a. Hipoperfusión de órganos vitales;
- b. Lipotimia al ponerse de pie y abandonar el recinto asistencial;
- c. Falsa tranquilidad para el enfermo.

Sugerencias

- a) Poner al paciente en reposo, tranquilizarlo, explicarle que sus síntomas no son por HTA y controlarlo 30 min más tarde. Frente a un tratamiento suspendido, reiniciarlo.
- b) Citarlo a control en APS dentro de 24 a 48 h, para que después de tomar los exámenes basales de rutina, se inicie terapia oral de acuerdo con los esquemas terapéuticos existentes.
- c) Si se estima necesario iniciar terapia en el momento, son buenas alternativas el captopril y la clonidina, de tal manera que la caída de la presión arterial sea gradual, permitiendo la puesta en marcha de los mecanismos locales de autoregulación de flujo.

	SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR – QUILLOTA	Cód: PRO-RCR-022
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN ASISTENCIAL	Versión : 01
	PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE CRISIS HIPERTENSIVA	F. Emisión : 28/06/11 F. Revisión : 28/06/14 Página 7 de 9

7. Referencia y Contrareferencia:

7.1. CARACTERÍSTICAS Y REQUISITOS PARA LA DERIVACIÓN:


7.1.1. En **emergencia hipertensiva** los datos que se disponga en ese momento y que no retarden el traslado

7.1.2. En **urgencia hipertensiva** con refractariedad a tratamiento:

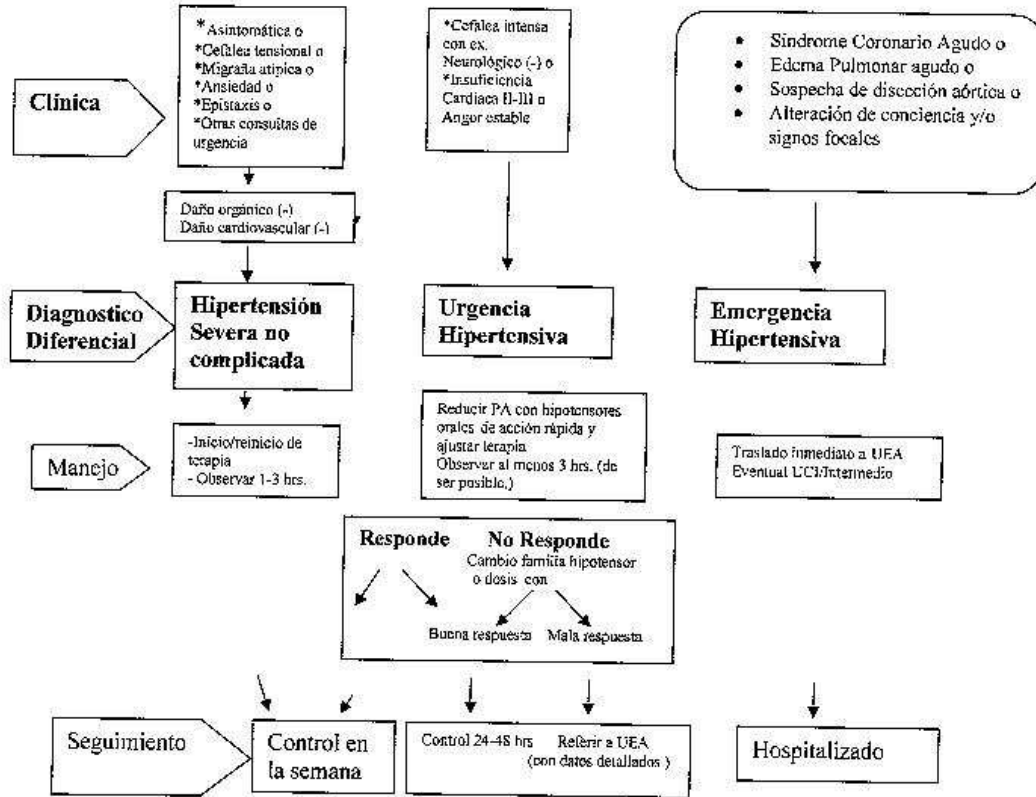
8.1.2.1 Controles de Presión Arterial por 6 meses previo al estudio, y tratamientos prescritos y su adhesión a ellos


8.1.2.2 Resultados de los siguientes exámenes que se encuentren disponible en ese momento o recientes:

Electrocardiograma, Glicemia, Uremia, Creatininemia, Electrolitos Plasmáticos, Orina completa, Perfil Lipídico, Hematocrito / Hemoglobina, Radiografía de Tórax.

	SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR – QUILLOTA	Cód: PRO-RCR-022
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN ASISTENCIAL	Versión : 01
	PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE CRISIS HIPERTENSIVA	F. Emisión : 28/06/11 F. Revisión : 28/06/14 Página 8 de 9

9 **Algoritmo propuesto para manejo de Presión Arterial > 180/120 mm. Hg**



	SERVICIO DE SALUD VIÑA DEL MAR – QUILLOTA	Cód: PRO-RCR-022
	SUBDIRECCIÓN DE GESTIÓN ASISTENCIAL	Versión : 01
	PROTOCOLO DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA DE CRISIS HIPERTENSIVA	F. Emisión : 28/06/11 F. Revisión : 28/06/14 Página 9 de 9

10 Indicadores:

10.1 De proceso:

N° de pacientes con emergencia hipertensiva trasladados antes de 60 min *100
 Total de pacientes con emergencia hipertensiva a los que se solicita traslado

10.2 De resultado:

N° de pacientes fallecidos de Accidente Vascular Hemorrágico * 100
 Total de pacientes en control por hipertensión arterial en APS

Responsable: Jefe de programa de Hipertensión SSVQ

Periodicidad: Semestral

11 Referencia:

- 11.1 Recomendaciones para el manejo de las crisis hipertensivas: Documento de Consenso de la Sociedad Chilena de Hipertensión Arterial
- 11.2 Séptimo informe del Comité Nacional Conjunto en prevención, detección, evaluación y tratamiento de la Hipertensión Arterial (JNC VII, USA 2003)
- 11.3 Guía de 2007 para el manejo de la hipertensión arterial. Grupo de trabajo para el manejo de la hipertensión arterial de la European Society of Hypertension (ESH) y la European Society of Cardiology (ESC)



MINISTERIO DE SALUD
Servicio de Salud
Viña del Mar-Quillota
Irl. N° 244 de 30.06.2011

RESOLUCIÓN EXENTA N° 3213

VIÑA DEL MAR, 07 JUL 2011

VISTOS:

Lo dispuesto en la Ley N° 18.575 sobre Bases Generales de la Administración del Estado, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el DFL N° 1/19.653, publicado con fecha 17 de noviembre del 2001. Lo establecido en la Ley N° 18.880, que Establece Bases de los Procedimientos Administrativos que rigen los Actos de la Administración del Estado. Lo dispuesto en la Ley N° 18.834, sobre Estatuto Administrativo, cuyo texto refundido, coordinado y sistematizado fue fijado por el DFL N° 29 (Hacienda), publicado con fecha 16 de marzo de 2005. Las facultades que a la suscrita otorgan el decreto con Fuerza Ley N°1/2005 del Ministerio de Salud, Publicado con fecha 24 de abril de 2006, que fija el texto refundido, Coordinado y Sistematizado del decreto Ley N° 2763/79 y de las Leyes N° 18.983 y N°18.469, conjuntamente con los Decretos Supremos N° 140/2005 y N° 123/2010, ambos del Ministerio de Salud.

CONSIDERANDO:

1.- Los principios orientadores de la Reforma de la Salud, que apuntan a la equidad, participación, descentralización y satisfacción de los usuarios, los cuales deben ser cumplidos por el Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, las prioridades programáticas emanadas del Ministerio de Salud, y la necesidad de contribuir



mejoramiento de la capacidad resolutiva de la red asistencial, mejorando la accesibilidad, oportunidad y calidad técnica.

2.- La circunstancia que al Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota le corresponde la organización, planificación, coordinación y control de las acciones de salud que prestan los establecimientos de su red asistencial, para el cumplimiento de las políticas, normas, planes y programas del Ministerio de Salud.

3.- El correo electrónico de fecha 30 de junio de 2011, de la Sra. Jefe (S) del Subdepartamento de Atención Primaria de Salud y Programa, de la Subdirección de Gestión Asistencial del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, por medio del cual se solicita la elaboración de las respectivas resoluciones aprobatorias de los Protocolos de Referencia y Contrareferencia, para el período 2010 – 2014.

4.- El Protocolo de Referencia y Contrareferencia de Crisis Hipertensiva, para el período 2011 – 2014, emanado de la Subdirección de Gestión Asistencial del Servicio de Salud Viña del Mar – Quillota, se dicta la siguiente:

RESOLUCIÓN:

1. **APRUEBASE**, el Protocolo de Referencia y Contrareferencia de Crisis Hipertensiva 2011 – 2014, en los establecimientos hospitalarios de la Red Asistencial del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota.
2. **CÚMPLASE**, de acuerdo a lo dispuesto en la Resolución Exenta N° 1600 de Contraloría General de la República, con la transcripción íntegra del documento que se aprueba en este acto y cuyo tenor es el siguiente:

**PROTOCOLO
CRISIS HIPERTENSIVA
REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA
2011 – 2014**

Introducción:

La Hipertensión Arterial es un importante problema médico clínico y de salud pública. La prevalencia de la HTA incrementa conforme avanza la edad, hasta el punto que más de la mitad



de las personas entre 60 y 69 años, y aproximadamente tres cuartos de los mayores de 70 años están afectados.

El inadecuado control de la Hipertensión arterial es el factor de riesgo número uno para la muerte en todo el mundo. La hipertensión no diagnosticada, no tratada y no controlada significa un gravamen sustancial en el sistema de atención de salud.

El descenso de los índices de muertes por enfermedad coronaria y cerebrovascular se han enlentecido en la pasada década. Además, los índices de prevalencia y hospitalización por Insuficiencia Cardíaca, en que la mayoría de los pacientes eran hipertensos antes de desarrollar IC han continuado aumentando. También hay una tendencia al incremento en enfermedad renal terminal (ERTC) por diagnóstico primario. La HTA solo está detrás de la diabetes como el antecedente más común para esta condición.

La adecuada terapia antihipertensiva se ha asociado con reducciones en la incidencia de ictus del 35 al 40%, infarto de miocardio del 20 al 25%, e Insuficiencia cardíaca sobre 50% .

Un número importante de pacientes hipertensos consultan en APS o en Servicios de Urgencia, o concurren a sus controles en APS presentando cifras tensionales notoriamente altas (PAS>180 o PAD>120 mmHg.) planteando la necesidad de diagnosticar y manejar adecuadamente esa situación sea como Hipertensión Arterial crónica mal controlada o una menos frecuente Crisis Hipertensiva, que sin embargo es una situación de riesgo inmediato aumentado y que requiere un manejo adecuado y oportuno

1. Objetivo:

- 1.1. Establecer las opciones y requisitos para el diagnóstico diferencial de pacientes que presentan cifras tensionales muy altas
- 1.2. Estandarizar las actividades a realizar en pacientes con crisis hipertensiva en atención primaria con el fin de mejorar la resolutivez y el proceso asociado a la pertinencia diagnóstica.

2. Alcance:

- 2.1. Equipo de Salud Atención Primaria/SAPU
- 2.2. Médico UEA/ Hospital
- 2.3. Médico Especialista CAE/Hospital

3. Responsabilidad:

- 3.1. Directores/as de establecimientos de Atención Primaria
- 3.2. Jefe de la UEA
- 3.3. Director de Hospital



4. Fundamento:

La Crisis Hipertensiva se reconoce en nuestra realidad como un síndrome frecuente, de manejo heterogéneo en cuanto a su oportunidad y calidad, constituyendo además una condición que provoca numerosas referencias entre el sistema de APS y las Unidades de Urgencias Hospitalarias, en muchas ocasiones de manera innecesaria. Su manejo oportuno cobra especial relevancia en la orientación del tratamiento del paciente hipertenso, para evitar morbilidad y mortalidad innecesaria y prevenir riesgos, al menos los inmediatos.

5. Definición Crisis Hipertensiva

Síndrome de hipertensión aguda grave (habitualmente presiones diastólicas mayores de 120 mm de Hg) que, en el momento de presentación, cursa con daño de órganos diana (**emergencia hipertensiva**) o sin daño de órganos diana (**urgencia hipertensiva**). Como puede apreciarse, estas definiciones se basan en diferencias conceptuales sobre el riesgo que el alza tensional representa para el paciente en su contexto clínico, y no en cifras tensionales diferentes.

Tabla 3. Diferencias entre urgencia y emergencia hipertensiva.

Emergencia hipertensiva	Urgencia hipertensiva
Vida del paciente o integridad de parénquimas en riesgo.	No hay peligro vital u orgánico, pero sí alto riesgo.
Controlar PA en minutos y horas	Controlar PA en pocos días.
Manejo en hospital, muchas veces en U.T.I.	El tratamiento puede ser ambulatorio, pero con controles frecuentes.
Hipotensores parenterales	Hipotensores orales, de titulación rápida

No constituye Crisis Hipertensiva la hipertensión arterial grado III aislada, que se define como el hallazgo de cifras tensionales elevadas, PA diastólica (PAD) >110 mmHg y <130 mmHg, sin síntomas y sin amenaza de daño rápidamente progresivo de órganos blanco. La mayoría de las hipertensiones diastólicas >120 mm Hg atendidas en los Servicios de Urgencia equivalen a consultas por hipertensión no diagnosticada o inadecuadamente manejada, lo que ha convertido a los Servicios de Urgencia en un lugar de detección y consulta, y a veces de referencia, para hipertensos mal controlados.

Por esta razón, se debe insistir en lo peligrosa que es la práctica frecuente en algunos Servicios de Urgencia, de considerar como una urgencia o emergencia a cualquier cifra de PA sistólica (PAS) >180 mmHg o PAD >120 mmHg, en pacientes asintomáticos o con molestias inespecíficas. Estos pacientes son habitualmente portadores de hipertensión severa previa, por lo que la repercusión cardiovascular (arterioesclerosis e hipertrofia ventricular) les otorga mayor resistencia a la elevación tensional. Por otro lado, la autoregulación de su circulación cerebral se encuentra desplazada a la derecha, con lo que los descensos bruscos de presión arterial



(inocuos en un hipertenso reciente) pueden provocar hipoperfusión cerebral en un hipertenso crónico.

Frecuentemente, en estos casos, la situación que motiva la consulta al Servicio de Urgencia es la causa del alza tensional y no una complicación de la hipertensión. Es así como una epistaxis, el síndrome vertiginoso y patologías asociadas a dolor intenso y/o a ansiedad son capaces de producir alzas de la presión arterial en normotensos, y exacerbar la hipertensión de base en hipertensos establecidos.

Existen, por otro lado, situaciones que elevan compensatoriamente la PA, y en las cuales la reducción de la presión arterial puede agravar la alteración primaria, como la isquemia coronaria, el accidente vascular oclusivo y la isquemia placentaria.

Además del contexto clínico en que se presenta el alza tensional, es necesario considerar que la crisis hipertensiva genera diversas cascadas de mecanismos fisiopatológicos, que en tiempos muy breves exacerban el alza tensional y la repercusión en parénquimas nobles.

Todo lo anterior hace necesario individualizar el tratamiento de la crisis hipertensiva, para obtener cifras tensionales seguras, pero que no provoquen hipoperfusión de órganos nobles

6. Prioridad de la derivación:

Emergencia Hipertensiva, es decir cuando además se presenta:

- Insuficiencia aguda ventricular izquierda
- Hemorragia subaracnoidea o intracerebral
- Encefalopatía hipertensiva
- Disección aórtica
- Síndrome coronario agudo
- Crisis adrenérgica (incluye cocaína)
- Eclampsia
- Otros (Insuficiencia renal aguda, retinopatía hipertensiva grado III-IV K-W., anemia hemolítica microangiopática)

La derivación debe ser inmediata y coordinada con el SAMU (arribo a hospital antes de 60 minutos)

Urgencia hipertensiva cuya presión arterial siga sobre 180/120 mm. Hg, a pesar de tratamiento adecuado al control a las 24-48 horas de iniciado en el consultorio APS. Derivable en vehículo institucional de APS/Sapu con interconsulta que consigne datos clínicos, y de tratamientos efectuados.

Se debe evitar tratar en forma agresiva a pacientes con alza de presión arterial Asintomática, confundiéndola con Emergencia o Urgencia hipertensiva. En ellos hay que tranquilizar al paciente, reinstalar los antihipertensivos, observar su efecto, esperar la estabilización



tensional, evaluar la perfusión periférica y PA de pie, dar indicaciones de control en las próximas 24-48 h, e idealmente coordinar control en la atención primaria. En caso de diagnosticarse Urgencia Hipertensiva el manejo farmacológico es esencialmente por vía oral con algún (o algunos) de los siguientes fármacos:

Tabla 7. Antihipertensivos orales para el manejo de la urgencia hipertensiva

Agente	Dosis	Inicio-Duración Acción	Precauciones
Captopril	25 mg p.o., repetir SL 25 mg. Según necesidad	15-30 min / 6-8 h s.l. 12-30 min / 2-6 h.	Hipotensión con depleción de volumen IRA en estenosis bilateral AR
Clonidina	0.1-0.2 mg p.o., repetir cada h. 0.2 hasta dosis total de 0.6 mg	30-60 min / 8-16 h.	Hipotensión, somnolencia.
Labetalol	200-400 mg p.o., repetir cada 2-3 h.	30 min - 2 h / 2-12 h	Broncoconstricción, bloqueo AV, hipotensión.
Prazosina	1-3 mg p.o., repetir cada h.	1-3 h / 8-12 h	Síncope 1ª dosis, palpitaciones, hipotensión.

En casos y circunstancias excepcionales y dada nuestra realidad, sería posible usar nifedipino sublingual, titulando su dosis, administrando 5 gotas, midiendo su efecto a los 10 min con PA sentado y de pie cuando sea posible y, si fuera necesario, repetir esta dosis hasta completar 10 mg. La furosemida, también ampliamente usada en los Servicios de Urgencia, sólo debe ser empleada frente a un edema pulmonar agudo y en hipertensiones con expansión del volumen extracelular (ej. síndrome nefrítico agudo). La rápida depleción de volumen puede provocar vasoconstricción compensatoria y una exacerbación paradójica de las cifras tensionales. Por otro lado, las situaciones de intensa vasoconstricción se acompañan de reducción del volumen plasmático.

MANEJO DE UNA HIPERTENSIÓN SEVERA NO COMPLICADA,

Situación actual: La conducta frecuente de los médicos en estas circunstancias es administrar un fármaco con rápido efecto hipotensor, como furosemida i.v. o nifedipina sublingual. Ello produce una falsa tranquilidad en el médico y el enfermo, por la rápida caída de la PA pero hay tres riesgos importantes:

- a. Hipoperfusión de órganos vitales;
- b. Lipotimia al ponerse de pie y abandonar el recinto asistencial;
- c. Falsa tranquilidad para el enfermo.

Sugerencias

- a) Poner al paciente en reposo, tranquilizarlo, explicarle que sus síntomas no son por HTA y controlarlo 30 min más tarde. Frente a un tratamiento suspendido, reiniciarlo.
- b) Citarlo a control en APS dentro de 24 a 48 h, para que después de tomar los exámenes basales de rutina, se inicie terapia oral de acuerdo con los esquemas terapéuticos existentes.



c) Si se estima necesario iniciar terapia en el momento, son buenas alternativas el captopril y la clonidina, de tal manera que la caída de la presión arterial sea gradual, permitiendo la puesta en marcha de los mecanismos locales de autoregulación de flujo.

7. Referencia y Contrareferencia:

7.1. CARACTERÍSTICAS Y REQUISITOS PARA LA DERIVACIÓN:

7.1.1. En **emergencia hipertensiva** los datos que se disponga en ese momento y que no retarden el traslado

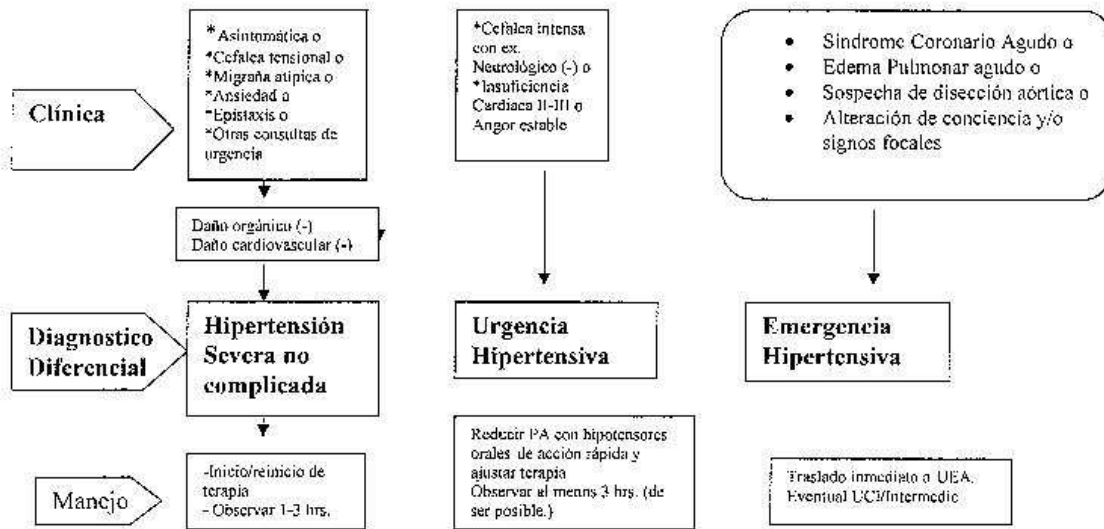
7.1.2. En **urgencia hipertensiva** con refractariedad a tratamiento:

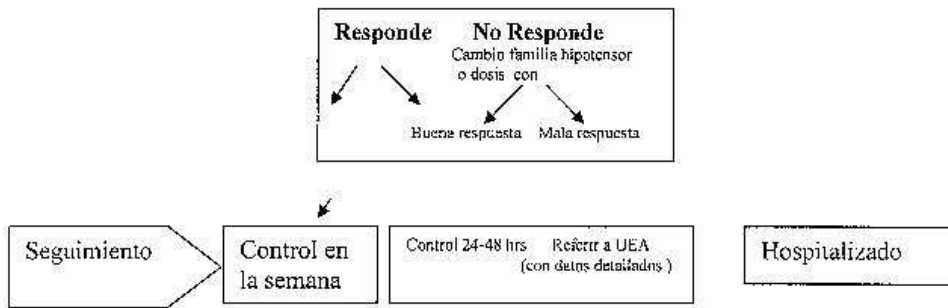
8.1.2.1 Controles de Presión Arterial por 6 meses previo al estudio, y tratamientos prescritos y su adhesión a ellos

8.1.2.2 Resultados de los siguientes exámenes que se encuentren disponible en ese momento o recientes:

Electrocardiograma, Glicemia, Uremia, Creatininemia, Electrolitos Plasmáticos, Orina completa, Perfil Lipídico, Hematocrito / Hemoglobina, Radiografía de Tórax.

9 Algoritmo propuesto para manejo de Presión Arterial > 180/120 mm. Hg





10 **Indicadores:**

10.1 De proceso:

$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes con emergencia hipertensiva trasladados antes de 60 min} * 100}{\text{Total de pacientes con emergencia hipertensiva a los que se solicita traslado}}$

10.2 De resultado:

$\frac{\text{N}^\circ \text{ de pacientes fallecidos de Accidente Vascular Hemorrágico} * 100}{\text{Total de pacientes en control por hipertensión arterial en APS}}$

Responsable: Jefe de programa de Hipertensión SSVQ

Periodicidad: Semestral

11 **Referencia:**

- 11.1 Recomendaciones para el manejo de las crisis hipertensivas: Documento de Consenso de la Sociedad Chilena de Hipertensión Arterial
- 11.2 Séptimo informe del Comité Nacional Conjunto en prevención, detección, evaluación y tratamiento de la Hipertensión Arterial (JNC VII, USA 2003)
- 11.3 Guía de 2007 para el manejo de la hipertensión arterial. Grupo de trabajo para el manejo de la hipertensión arterial de la European Society of Hypertension (ESH) y la European Society of Cardiology (ESC)



3. ESTABLÉCESE, el cumplimiento de la presente resolución a los establecimientos hospitalarios de la Red Asistencial, dependientes del Servicio de Salud Viña del Mar Quillota, disponiéndose la notificación formal a los respectivos Directores.

ANÓTESE, REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y NOTIFIQUESE,



DRA. ELBA MARGARITA ESTEFAN SAGUA
DIRECTORA
S. S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA

DRA. EMES/DR. FAB/DRA. RGD/RSM/AC/afcp

DISTRIBUCIÓN:

- Subsecretaría de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud.
- Directores de Hospitales Red Asistencial S.S.V.Q.
- Subdirección de Gestión Asistencial S.S.V.Q.
- Auditoría S.S.V.Q.
- Asesoría Jurídica S.S.V.Q.
- Of. de Partes S.S.V.Q.




TRANSCRITO FIELMENTE
MINISTRO DE FE
S.S. VIÑA DEL MAR - QUILLOTA