

INTERCONSULTA

Es indispensable la interconsulta con urología. Eventualmente el paciente puede necesitar interconsulta con nefrología, con cirugía general y ginecología y obstetricia.

TRATAMIENTO

El músculo liso de la vía urinaria no tiene respuesta a las drogas espasmolíticas conocidas actualmente. Por lo tanto, su uso no está indicado por inefectivo y además conduce frecuentemente a síntomas secundarios abdominales, visuales y hemodinámicos.

Debido a que en el dolor del cólico renal hay un importante componente de espasmo muscular para-vertebral es útil la aplicación de calor en la zona lumbar y especialmente bajo la forma de baño de inmersión en agua caliente.

Tratamiento farmacológico: Para el paciente ambulatorio cualquier analgésico dipirónico o propoxifeno o su combinación puede ser suficiente para controlar el dolor, incluso bajo forma de administración oral. Estos mismos preparados pueden ser administrados en forma endovenosa cada 8 horas con el paciente internado. Si estos analgésicos no son suficiente se podrá usar meperidina en dosis de 50 mg cada 12 u 8 hs., o en su defecto clorhidrato de morfina en dosis de 3 cm³ endovenosos de una dilución preparada en la siguiente forma: 100 mg de la droga en 9 cm³ de solución fisiológica. Esta dosis puede administrarse según necesidad hasta en intervalos de 4 hs.

CRITERIOS DE ALTA

- 1 - Desaparición del dolor.
- 2 - Procedimientos diagnósticos sobre motivo y localización topográfica de la obstrucción completados.
- 3 - Complicaciones solucionadas.

CRISIS O EMERGENCIA HIPERTENSIVA

Definición: Presión arterial braquial con cifras de tensión arterial diastólicas superiores a los 130 mm Hg, corroborada varias veces durante el examen; con o sin síntomas. Los síntomas dependen de la existencia concomitante de complicaciones.

Complicaciones

- a - Retinopatía hipertensiva grado III o grado IV de clasificación K.W.B.
- b - Encefalopatía hipertensiva, con o sin signos de déficit neurológico focal.
- c - Edema agudo de pulmón y/o insuficiencia cardíaca global.
- d - Oligoanuria.
- e - Angina de pecho.

Criterios de admisión

La presencia cierta o sospechada de cualquiera de las complicaciones arriba mencionadas es criterio de admisión como lo es también la sola presencia de una tensión arterial diastólica superior a los 130 mm Hg, obtenida en las condiciones de la definición arriba mencionada.

Etiología

En general las crisis o emergencias hipertensivas obedecen etiológicamente, y en orden decreciente de frecuencia, a las 4 etiologías que se mencionan a continuación:

- a - Agudización circunstancial de hipertensión arterial esencial.
- b - Hipertensión del embarazo.
- c - Hipertensión renovascular.
- d - Síndrome nefrítico agudo.
- e - Feocromocitoma.

DATOS INDISPENSABLES EN LA ANAMNESIS Y EXAMEN FISICO

Antecedentes de enfermedad renal, urológica, endocrina y cardiovascular.

Antecedentes heredo-familiares de hipertensión arterial y/o de enfermedad renal.

Ingestión habitual de medicamentos. Especial interés en preparados hormonales estrogénicos. Antecedentes de traumatismos lumbares.

Tipo y dosis de medicación hipotensora recibida previamente.

Circunstancia de instalación y evolución de la crisis o emergencia hipertensiva. Factores desencadenantes personales y ambientales.

En el examen físico es indispensable consignar la presión arterial en ambos miembros superiores e inferiores, la existencia de soplos en epigastrio y área peri-umbilical, flancos y fosas lumbares. Examen de fondo de ojos. Signos auscultatorios de insuficiencia cardíaca izquierda. Evidencias en el examen físico del estado de hidratación. Registro de la presión arterial en posición de pie si la situación lo permite. Investigación y descripción de signos neurológicos tanto del

nivel de conciencia e ideación como la posible existencia de signos de déficit neurológico y evidencias de irritación meníngea.

PROCEDIMIENTOS ADICIONALES DE DIAGNOSTICOS

a - Laboratorio: Los siguientes exámenes bioquímicos son indispensables en la evolución de la crisis hipertensiva:

En sangre periférica: hemograma, urea, glucemia, creatinina, electrolitos, gases en sangre venosa, ácido úrico, calcio, fósforo y proteínas totales/albuminas. En una muestra de orina: recién emitida, sedimento y concentración de sodio y creatinina.

Luego se debe enviar una muestra de orina de 24 horas para: creatinina, sodio, potasio y proteinuria.

b - Electrocardiograma, radiografía de tórax y examen cardiovascular.

c - Fondo de ojo por especialista.

d - Una vez superada la crisis y si el paciente mantiene buena diuresis proceder con urograma de excreción con film post-miccional y dependiendo de los hallazgos en ese estudio continuar con aortograma y arteriografía renal selectiva bilateral.

Si no hay diuresis luego de las primeras horas de tratamiento, proceder con renograma isotópico y estudio dinámico renal con tecnecio-DTPA.

En caso de crisis hipertensiva en el embarazo la metodología de estudio y tratamiento difiere sustancialmente y por lo tanto deberá ser consultada en las planillas de normalización preparadas por el departamento de obstetricia.

Interconsultas: Son indispensables las interconsultas con Cardiología, Nefrología y Oftalmología para realización de fondo de ojo. Eventualmente y según la presentación clínica del paciente se necesitará interconsulta con Neurología.

TRATAMIENTO

El objetivo del tratamiento es la resolución de los síntomas, control y desaparición de las complicaciones y reducción de la tensión diastólica a menos de 110 mm de Hg. Indicaciones generales: suspensión de la alimentación oral durante las primeras horas y luego reiniciarla según la evolución con dieta sin sal. Otras indicaciones dietéticas se harán de acuerdo a la presencia o no de otras complicaciones y enfermedades asociadas.

Reposo absoluto.

Canalizar vena periférica. Si el paciente tiene signos de insuficiencia cardíaca y especialmente oligoanuria se deberá colocar un catéter para registro de presión venosa central.

Registro de diuresis horaria.

Controles de tensión arterial y frecuencia cardíaca horarios.

Medicación hipotensora específica:

1) Nifedipina sublingual. Esta droga se constituye en el primer escalón para el tratamiento inmediato de la crisis hipertensiva. Se colocará una cápsula de Nefedipina de 10 mg sublingualmente para absorción rápida previa punción de la cápsula con una aguja. El efecto hipotensor usualmente se presenta luego de 10 a 15 minutos de colocada la cápsula, aunque a veces la respuesta puede ser más precoz. Esta dosis y vía de administración puede repetirse, si no hay respuesta adecuada, en 45 minutos.

2) Furseimida: Administrar en forma endovenosa 80 mg de esta droga. Su efecto diurético, en presencia de un riñón previamente sano, comienza entre 15 a 20 minutos de administrada. La droga tiene también efectos hemodinámicos beneficiosos provocando pooling de sangre en los vasos de capacitancia a los 5 minutos de haber sido administrada.

3) Diazóxido: Se debe administrar en forma endovenosa rápida. La inyección de una ampolla conteniendo 300 mg debe hacerse en menos de 20 segundos, careciendo de efecto hipotensor si la administración se hace en forma prolongada. Esta droga, como todos los vasodilatadores de efecto rápido y potente, puede precipitar crisis de Angor. Está contraindicado en presencia de enfermedad coronaria sintomática.

4) Nitroprusiato de sodio: Se debe administrar en forma de goteo endovenoso permanente titulando la dosis cuidadosamente en las primeras horas de tratamiento. Esta medicación debe ser administrada solamente bajo situación de monitoreo permanente en la Unidad de Terapia Intensiva. Comenzar con la colocación de 50 ó 60 mg en 500 ml de dextrosa al 5% y se comienza la infusión a razón de 1 ml por minuto para un adulto de 70 kg. usando microgotero.

5) Inmediatamente luego de controlada la crisis con esta medicación de emergencia se deberá comenzar con medicación de efecto prolongado recomendándose el uso concomitante de diuréticos, betabloqueantes y vasodilatadores.

CRITERIOS DE ALTA

1 - Cifras de presión arterial aceptables en posición acostado y de pie.