

Dr. Manuel Lavariega Saráchaga

PA marcadamente elevada en prehospital: evaluación, priorización y conducta



Marco conceptual práctico en campo

- Qué nos importa en prehospital: no “bajar números”, sino identificar daño agudo a órgano blanco (DAOB) y clasificar el destino (centro con hemodinamia, stroke center, obstetricia de alta complejidad), estabilizando fisiología y evitando iatrogenia.

Dr. Manuel Lavariega Saráchaga

Dr. Manuel Lavariega Saráchaga

- Término útil: PA marcadamente elevada con o sin sospecha de DAOB.
- Principio rector: la perfusión manda. Evitar descensos bruscos de PA; el objetivo y labor es monitorizar, detectar DAOB, tratar condiciones precipitantes y trasladar.

Datos clínicos clave para el contexto prehospitalario (qué buscar y documentar)

Síntomas/Signos que sugieren DAOB (prioridad alta):

- Neurológico: déficit focal súbito, confusión, cefalea intensa “peor de la vida”, convulsiones, alteración del estado de conciencia, vómito en proyectil.
- Cardiovascular: dolor torácico opresivo/rasgante, diaforesis, disnea, palidez/moteado, ingurgitación yugular, crépitos pulmonares.
- Aórtico: dolor torácico/espalda de inicio súbito “desgarrante”, diferencias de PA entre brazos ≥ 20 mmHg, pulsos asimétricos.
- Renal: anuria/oliguria (si tiene sonda o antecedente), edema agudo.
- Obstétrico: PA elevada con cefalea, fosfenos/escotomas, epigastralgia, hiperreflexia, edema, crisis convulsiva (sospecha de eclampsia).

Contexto y precipitantes:

- Suspensión reciente de antihipertensivos, dolor intenso, ansiedad/pánico, consumo de cocaína/anfetaminas, intoxicaciones, TCE, EVC, IAM.

Medición correcta de PA en ambulancia (para no sobreestimar):

- Manguito adecuado al tamaño del brazo (la anchura $\approx 40\%$ de la circunferencia; si es pequeño, sobreestima).
- Paciente sentado/semisentado, brazo a la altura del corazón, reposo 3–5 min si la escena lo permite.
- Repetir medición bilateral y usar la cifra más alta para la toma de decisiones.
- Tomar PA seriada cada 3–5 min ante cambios clínicos.

Monitoreo mínimo recomendable:

- ECG 12 derivaciones temprano si dolor torácico, disnea o palpitaciones.
- SatO₂ continua (meta 92–96%; evitar O₂ rutinario si SatO₂ normal).

Dr. Manuel Lavariega Saráchaga

Dr. Manuel Lavariega Saráchaga

- Capnografía si se ventila/oxigena con dispositivo avanzado.
- Glucemia capilar (descartar hipoglucemia como causa de alteración neurológica).

Checklist

A. ABC y seguridad

- Vía aérea en vigilancia; aspiración si vómito.
- Respiración: SatO₂, patrón respiratorio; oxígeno solo si SatO₂ < 92% o trabajo respiratorio.
- Circulación: PA bilateral, FC, relleno capilar, pulsos simétricos, piel.

B. DAOB: screening dirigido

- Neuro: FAST-ED/LAMS/otra escala local; Glasgow; lateralización.
- Cardio: dolor torácico típico/atípico, disnea, edema pulmonar, ECG 12D.
- Aorta: dolor rasgante + asimetría de pulsos/PA.
- Obstetricia: >20 sem, cefalea/visuales/dolor epigástrico/convulsión.

C. Paraclínicos y medidas

- Glucemia capilar.
- IV periférica (salina a TKO si no hay hipovolemia).
- Registro de PA/FC/FR/SatO₂ seriados.

D. Decisiones

- Determinar destino (hemodinamia / stroke center / obstetricia).
- No administrar fármacos para “bajar PA” si no están protocolizados/disponibles.
- Comunicarse con el centro receptor con datos completos y evolución.

Perlas clínicas

Dr. Manuel Lavariega Saráchaga

1. No “corregir” la PA a ciegas. La reducción brusca puede precipitar isquemia cerebral/miocárdica; su misión es identificar DAOB y garantizar perfusión.
2. Evitar nifedipina sublingual u otros de acción impredecible. Riesgo de hipotensión profunda y eventos isquémicos.
3. El dolor y la ansiedad suben la PA. Trátelos según protocolo (analgesia/ansiolisis permitida) y la PA puede mejorar sin “antihipertensivos”.
4. Diferencias de PA entre brazos importan. Piense en síndrome aórtico agudo si hay dolor torácico/espalda y pulsos/PA asimétricos.
5. Oxígeno con objetivo, no por rutina. Hiperoxia innecesaria puede ser perjudicial; apunte 92–96%.
6. Embarazo: cefalea + visuales + PA alta = preeclampsia grave hasta demostrar lo contrario; riesgo de eclampsia.
7. Cocaína/psicoestimulantes: hipertensión + taquicardia + dolor torácico; riesgo de vasoespasma coronario y aórtico. Manejo de soporte y destino adecuado.
8. Documente técnica de PA. Cuff incorrecto = decisiones erróneas.
9. No persiga “PA normal”. Estabilidad clínica y destino correcto valen más que “bonitas cifras”.
10. Comunicación temprana. ECG, signos y evolución seriada para activar códigos (cerebro/corazón) antes del arribo.

Manejo básico (BLS ampliado, sin fármacos no disponibles)

- Posición:
 - o Disnea/edema pulmonar: Fowler/semisentado.
 - o Déficit neurológico: cabecera a $\approx 30^\circ$ si tolera (reduce PIC sin comprometer perfusión).
 - o Embarazo >20 sem: decúbito lateral izquierdo (descompresión aortocava).
- Oxigenación:
 - o Titular a SatO_2 92–96% (cánula, mascarilla simple o con reservorio si necesario).

Dr. Manuel Lavariega Saráchaga

Dr. Manuel Lavariega Saráchaga

- o Evitar hiperventilación en neuro salvo signos claros de herniación.
- Ventilación y soporte:
- o Considerar PPA (BVM) con PEEP baja–moderada en edema pulmonar si FR alta y fatiga.
- o Preparar vía aérea supraglótica si hay deterioro y no hay operador para IOT.
- Monitoreo y reevaluación:
- o PA y signos cada 3–5 min si hay cambios.
- o ECG 12D si dolor torácico/disnea/ritmo irregular.
- o Glucemia capilar (descartar hipoglucemia).
- Tratamiento de precipitantes según dotación/protocolo:
- o Analgesia (si disponible) para dolor severo traumático/torácico no isquémico.
- o Antiemético si vómito que compromete vía aérea.
- o Reposición mínima (TKO) salvo hipovolemia clara.
- Destino y tiempos:
- o Stroke sospecha: stroke center; notificar tiempo de inicio y escala.
- o IAM sospecha: hospital con hemodinamia 24/7; transmitir ECG si posible.
- o Aórtico sospecha: centro con cirugía cardiovascular.
- o Obstétrico grave: obstetricia de alta complejidad (y activar preeclampsia/eclampsia).

Manejo avanzado (ALS dentro de la realidad prehospitalaria)

Nota: Ajustar estrictamente a su PNO/NOM y a la dotación real; si no hay antihipertensivos, no intentar “bajar PA”.

- Vía aérea avanzada (si procede): preoxigenación, elección de dispositivo según competencia; evitar hipotensión posinducción.
- Ventilación con PEEP en edema pulmonar si está protocolizado y hay entrenamiento; monitorizar estrechamente.
- ECG transmisión remota si el sistema lo permite (acorta puerta-balón).

Dr. Manuel Lavariega Saráchaga

Dr. Manuel Lavariega Saráchaga

- Control del entorno simpático: acciones no farmacológicas (ambiente, analgesia si está en protocolo).
- Obstetricia (si dotación lo permite): sulfato de magnesio para eclampsia/prevenición de convulsiones, con monitoreo respiratorio y de reflejos.
- Tóxicos/estimulantes: soporte, benzodiacepina solo si su protocolo lo autoriza para agitación/hiperestimulación; vigilar depresión respiratoria.
- No usar nifedipina SL u otros fármacos de acción impredecible fuera de protocolo.
- Plan de contingencia: si hay deterioro neurológico/respiratorio, priorizar vía aérea y perfusión; notificar código correspondiente.

En prehospital, lo farmacológico se reserva para tratar el síndrome acompañante (cardíaco, neurológico, obstétrico, tóxico, dolor), mientras vigila perfusión y defines destino.

- Sospecha de SCA (dolor torácico + ECG compatible): Aspirina 162–325 mg masticable (si no hay alergia ni sangrado activo). La recomendación de carga previa al hospital se mantiene en las guías ACC/AHA 2025 para ACS.
- Embarazo con convulsión o inminencia (preeclampsia/eclampsia): Sulfato de magnesio (carga 4–6 g IV lenta y mantenimiento 1–2 g/h. Es el fármaco de elección para prevenir recurrencia de convulsiones.
- Toxicidad por estimulantes con agitación/hiperactividad simpática (cocaína/anfetaminas): Benzodiacepinas tituladas para controlar agitación y descarga adrenérgica.
- Hipoglucemia (si alteración neurológica): Glucosa IV/VO. (No “trata la PA”, pero resuelve una causa que puede dispararla.)
- Analgesia/ansiolisis (dolor/ansiedad elevan PA): (p. ej., analgésico parenteral, benzodiacepina titulada para ansiedad severa) con monitoreo estrecho.
- Asma/EAP/respiratorio: broncodilatadores, O₂ titulado y soporte ventilatorio; nitratos y sin contraindicaciones. Las guías de HTA/PA elevada remarcan evitar caídas bruscas de PA fuera de ambientes controlados.

Dr. Manuel Lavariega Saráchaga

Dr. Manuel Lavariega Saráchaga

Qué no hacer

- No usar “antihipertensivos de choque” (p. ej., nifedipina SL) ni intentar normalizar cifras en la ambulancia: aumenta riesgo de hipoperfusión cerebral/coronaria. Las guías modernas enfatizan control gradual y dirigido al órgano blanco en entornos hospitalarios.

Resumen

- Si hay SCA → ASA y destino con hemodinamia.
- Si hay eclampsia → MgSO_4 (si lo tienes) y destino obstétrico de alta complejidad.
- Si hay estimulantes/agitación → benzodiacepina titulada + ambiente calmado.
- En el resto: ABC, oxígeno titulado (SatO_2 92–96%), analgesia/ansiolisis según PNO, PA seriada, ECG 12D, destino adecuado y comunicación temprana.

Preguntas

1) ¿Cuándo debo intentar “controlar” la PA en campo?

Respuesta breve: En la práctica prehospitalaria no se “controla” la PA con antihipertensivos si no están protocolizados o disponibles. Su objetivo es detectar DAOB, estabilizar ABC, tratar precipitantes y trasladar al centro idóneo activando el código correspondiente.

2) ¿Qué hago si la PA sigue subiendo pero el paciente está estable y sin DAOB?

Respuesta breve: Verifique técnica de medición, reduzca estímulos, trate dolor/ansiedad según protocolo, continúe monitorización seriada y traslade con reporte completo. No administre fármacos para “bajar la PA” fuera de dotación/protocolo.

3) ¿Qué hallazgos me obligan a desviar el destino al centro de mayor complejidad?

Respuesta breve: Déficit neurológico focal súbito (stroke center), dolor torácico con elevación de ST o equivalente (hemodinamia), dolor rasgante con asimetría de pulsos/PA (cirugía cardiovascular), cuadro obstétrico grave (alto riesgo obstétrico).

Dr. Manuel Lavariega Saráchaga

Referencia

Alhasan, D., & Yaseen, A. (2021). Hypertensive emergencies in the ambulance: Characteristics, clinical presentations and complications—A prospective cohort study. *Open Access Emergency Medicine*, 13, 75–81.
<https://doi.org/10.2147/OAEM.S293413>

#HipertensionEnPrehospital

#JuevesDeCienciaMédica

#AtenciónExtrahospitalaria

#MedicinaPrehospitalaria

#UrgenciasPrehospitalarias