

CRISIS HIPERTENSIVA Y EMERGENCIA

HIPERTENSIVA

Las crisis hipertensivas son un conjunto de situaciones clínicas de variada gravedad y pronóstico. Las diferencias entre urgencias y emergencias hipertensivas radican en la existencia o no de riesgo vital por afectación de órganos diana, más que por los niveles de presión arterial. Las urgencias hipertensivas no suelen comportar riesgo vital inmediato por lo que el tratamiento puede iniciarse, incluso completarse, en el medio extrahospitalario. Las emergencias hipertensivas son situaciones clínicas muy graves que requieren asistencia hospitalaria. Ante un paciente con hipertensión grave, asintomático o con síntomas inespecíficos debe adoptarse una actitud terapéutica prudente. La primera medida será comprobar las cifras de presión arterial con tomas repetidas de la misma y tratar los posibles factores desencadenantes. El objetivo del tratamiento de las urgencias hipertensivas es tanto obtener una reducción de las cifras de presión arterial (al menos un 20% de las cifras basales) como evitar reducciones bruscas y/o excesivas de la misma. En las urgencias hipertensivas no deberían utilizarse fármacos de acción rápida por el riesgo de accidentes isquémicos y utilizar fármacos con vida media más larga. El riesgo cardiovascular de estos pacientes es superior al de los hipertensos que no sufren una crisis hipertensiva. En las emergencias hipertensivas la elección del fármaco deberá individualizarse. La vía parenteral es la forma habitual de la administración de fármacos.

La hipertensión arterial (HTA) es junto al tabaquismo y la dislipemia, uno de los tres principales factores de riesgo cardiovascular para ocasionar cardiopatía isquémica e ictus, afecta aproximadamente al 30% de la población adulta europea y es la responsable de casi 7,5 millones de muertes al año.

Aunque sólo representan un pequeño punto en el gran panorama de la hipertensión, las crisis hipertensivas suponen, por un lado, el peligro más inmediato para los sujetos afectados y, por otro, la prueba más espectacular de que el tratamiento antihipertensivo puede salvar la vida. Actualmente, es menos probable que estas crisis sean el resultado final de la hipertensión crónica, pero pueden producirse a cualquier edad y representan las manifestaciones de una hipertensión de desarrollo repentino por causas tan diversas como abuso de sustancias, fármacos inmunodepresores e infección por el virus de la inmunodeficiencia humana.

Las crisis hipertensivas representan más de una cuarta parte de todas las consultas realizadas por elevación de las cifras de presión arterial y aproximadamente entre el 1 y el 7% de los pacientes con hipertensión desarrollara una crisis hipertensiva a lo largo de su vida, así mismo y a pesar del mejor control de esta enfermedad la prevalencia de estas situaciones en los servicios de urgencias de algunos países va en aumento.

Consideramos crisis hipertensiva la elevación aguda de la presión arterial con cifras superiores o iguales a 190/110 mmHg. Dentro del término crisis hipertensiva ya el Comité estadounidense para la

Detección, Evaluación y Tratamiento de la HTA estableció en 1984 una diferenciación terminológica y operacional entre las denominadas "emergencias" y "urgencias" hipertensivas. definición que también suscribe la Sociedad Española de Hipertensión en sus guías publicadas en 2005 y la Sociedad Europea de Hipertensión en sus boletines científicos en 2006 y posteriormente en sus guías del 2013 . La **emergencia hipertensiva** se define como toda elevación aguda de la presión arterial, que se acompaña de alteraciones orgánicas graves con riesgo de lesión irreversible, que comprometen la vida del paciente y que requieren el descenso de la presión arterial en un breve plazo de tiempo, de minutos a pocas horas, con tratamiento preferentemente por vía parenteral en una institución hospitalaria. Se consideran emergencias hipertensivas, las situaciones reflejadas en la Tabla 1 cuando se acompañan de cifras de presión arterial elevadas. Por otra parte, la **urgencia hipertensiva** se caracteriza por una elevación de la presión arterial en un paciente asintomático o con síntomas inespecíficos, con afectación leve o moderada de los órganos diana que por no producir un compromiso vital inmediato permite su corrección, con tratamiento por vía oral, en un plazo superior que puede alcanzar desde varias horas a varios días. En la Tabla 1 se incluyen las patologías que pueden constituir cada una de estas presentaciones. Ambas situaciones clínicas pueden englobarse en el término genérico de "**crisis hipertensiva**"

Urgencia hipertensiva

¿Dónde	debe	tratarse?
Las urgencias hipertensivas	pueden controlarse	en el medio

extrahospitalario, remitiendo únicamente a un hospital los pacientes con una urgencia hipertensiva que no respondan al tratamiento o requieran de alguna exploración complementaria que no pueda realizarse fuera del hospital.

¿Cómo debe tratarse?

La mayoría de las urgencias hipertensivas se controlan con un fármaco por vía oral y aunque en la actualidad disponemos de un elevado número, no existe un consenso en el agente antihipertensivo de elección, si bien fármacos como el captopril y principalmente el nifedipino eran los más ampliamente utilizados.

El empleo de cápsulas de liberación rápida de nifedipino por vía sublingual se había impuesto en la década de los años 90 como el tratamiento de elección. No obstante, una serie de evidencias cuestionaron este uso y ponen en duda la idoneidad de esta formulación. En efecto, no es cierto que la absorción de nifedipino de vida media corta por vía sublingual sea más rápida y tenga un efecto más inmediato que el administrado por vía oral. Además, en la urgencia hipertensiva no es necesaria ni aconsejable la reducción rápida de la presión arterial que induce el nifedipino, ya que puede provocar hipotensión sintomática, ictus isquémicos, cambios en el segmento ST por isquemia miocárdica e, incluso, infarto agudo de miocardio. La administración de cápsulas de liberación rápida de nifedipino por vía sublingual para el tratamiento de las urgencias hipertensivas no se basa en ensayos clínicos probados de eficacia y seguridad, y su popularidad se podría deber más a su efecto *cosmético* sobre las cifras de presión

arterial que al beneficio demostrado sobre el paciente, por lo que se debe recomendar el abandono de esta práctica.

Por tanto, en el tratamiento de una urgencia hipertensiva el tipo de fármaco a utilizar dependerá de la patología asociada, tanto aquella que acompaña a la crisis hipertensiva como otras patologías crónicas que confluyan en un determinado paciente.

Distinguiremos dos situaciones:

Pacientes que no reciben habitualmente tratamiento antihipertensivo: en dichos casos bastará con iniciar dicho tratamiento por vía oral, siguiendo las recomendaciones de las guías internacionales de manejo de la HTA . Los fármacos actuales se agrupan en seis familias: diuréticos, betabloqueantes, alfabloqueantes, inhibidores de la enzima de conversión de la angiotensina, calcioantagonistas y antagonistas de los receptores de la angiotensina II, cualquiera de ellos puede ser utilizado a sus dosis habituales y en combinación en el tratamiento de esta situación clínica.

Pacientes que reciben tratamiento crónico antihipertensivo: en estos casos, después de comprobar el grado de cumplimiento y que las dosis e intervalos de administración son los correctos, se ajustará la dosis o se asociará otro fármaco.

No existen muchos trabajos en la literatura que hayan demostrado la superioridad de un tipo de fármaco sobre otro, la revisión sistemática de la literatura no ha mostrado más de 15 estudios en este sentido, muchos de ellos con un número pequeño de pacientes o en abierto. En un

estudio aleatorizado y abierto realizado en pacientes con urgencias hipertensivas, se pudo comprobar como un fármaco de la misma familia terapéutica del nifedipino pero con una vida media más larga, el lacidipino, presentaba una eficacia superior al nifedipino, con una perfecta tolerancia clínica y sobre todo con un control tensional que abarcaba las 24 horas tras administración, por lo que su eficacia en estas situaciones hace preferible fármacos de vida media larga como tratamiento de primera línea de la urgencia hipertensiva [1], situación que corrobora un reciente artículo en que si bien la administración sublingual de captopril frente al mismo fármaco por vía oral produce una mayor reducción de los valores de presión arterial en los primeros 30 minutos estas diferencias desaparecen a partir de la primera hora.

Los *síndromes hiperadrenergicos* comportan un tratamiento especial, siendo los fármacos de elección: los antagonistas del calcio tipo nicardipino y verapamilo, en combinación con benzodiazepinas como alternativa quedarían el fenoldopam (no disponible en todos los países), la fentolamina y el nitroprusiato sódico. En los casos secundarios a la supresión brusca de antihipertensivos puede tratarse con la reinstauración del fármaco. En el feocromocitoma se puede usar el labetalol o la fentolamina.

Están contraindicados los betabloqueantes por su efecto paradójico ; mientras que en las crisis de pánico son los ansiolíticos, tipo benzodiazepinas: diacepam o alprazolam los fármacos de elección.

La *HTA acelerada o maligna* es un cuadro clínico caracterizado por una marcada elevación de la presión arterial, a menudo con PAS >200

mmHg y PAD >120-130 mmHg que se acompaña de exudados y hemorragias en el fondo de ojo, con o sin edema de papila (Retinopatía grado III ó IV de Keith-Wagener-Barker) junto con una lesión arteriolar difusa aguda. Esta situación, sin tratamiento, aboca en una insuficiencia renal y la muerte en un 80% de los casos en un año. Con tratamiento la supervivencia es de hasta un 70% a los 5 años. Con frecuencia se presenta en el curso de una HTA de larga evolución mal controlada, tras un intervalo de varios años de curso benigno (representa el 1-2% de las hipertensiones esenciales). Más raramente puede aparecer en un paciente previamente normotenso, debiendo descartar en esta situación una HTA secundaria.

¿Cuándo debe tratarse?

La adopción indiscriminada en estos pacientes de una reducción rápida de la presión arterial con la finalidad de normalizarla tiene poco fundamento y puede ser contraproducente. En primer lugar, no está demostrado en contra de la opinión popular, que dichas elevaciones comporten un riesgo inmediato desde el punto de vista de la morbimortalidad, aunque sí se ha podido comprobar un mayor riesgo, con un riesgo relativo de 1,5 (intervalo de confianza del 95% de 1,03-2,19) frente a los hipertensos que no sufren una urgencia hipertensiva, para desarrollar un evento cardiovascular en los siguientes años. En segundo lugar, es obvio que si no existe un riesgo inmediato, el tratamiento agudo de dicha situación no puede comportar un beneficio en el pronóstico. Además, hoy día parece evidente que intentar normalizar o reducir de forma aguda la elevación de la presión arterial supone por sí mismo un riesgo para el paciente. Ello es especialmente

evidente cuando se utilizan fármacos de actuación rápida que pueden precipitar accidentes isquémicos coronarios o cerebrales. Además, la instauración de un tratamiento antihipertensivo, en ocasiones, puede interferir con la evaluación inicial del hipertenso e impedir la práctica adecuada de algunas exploraciones necesarias para la evaluación de la afección orgánica o para el despistaje de la hipertensión secundaria. El médico de urgencias que atiende a estos pacientes desempeña un papel muy importante, ya que su principal misión es identificar aquellos pacientes con un riesgo inmediato derivado de la elevación de la presión arterial. En los pacientes que no presentan dicho riesgo el inicio de la terapéutica antihipertensiva puede dar falsa impresión de que el problema se ha resuelto y que no es necesario un seguimiento clínico a largo plazo. Los beneficios del tratamiento antihipertensivo se han demostrado cuando éste se mantiene a lo largo de los años. Así, cuando la urgencia hipertensiva no es una urgencia real, el objetivo del manejo del paciente es evitar una verdadera urgencia que pueda aparecer años más tarde mediante un seguimiento, control y tratamiento adecuado del paciente.

¿Cuánto deben descenderse las cifras de presión arterial?

El descenso de la presión arterial debe realizarse de forma gradual en 12-48 horas. Ello es así porque un descenso brusco o la consecución de niveles de presión arterial muy bajos puede provocar descensos de los flujos cerebral o coronario al rebasarse el límite inferior de autorregulación, con la consiguiente repercusión isquémica en estos territorios. Es necesario recalcar que actitudes demasiado agresivas podrían ocasionar más perjuicios que la propia elevación tensional al

producirse una hipoperfusión de los órganos vitales secundaria a una hipotensión brusca y acusada, pues la gravedad de la situación no viene condicionada por las cifras de presión arterial, por elevadas que éstas sean, sino por la afección orgánica que originen, la cual suele estar más correlacionada con la rapidez de instauración y con la existencia o no de historia antigua de HTA.

El objetivo inicial debe ser la reducción del 20% al 25% del valor inicial de presión arterial, no descendéndola por debajo de los 160 mmHg de PAS o de los 100 mmHg de PAD. El descenso ulterior debe ser lento y monitorizado para evitar fenómenos isquémicos de órganos diana.

Emergencia hipertensiva

¿Dónde ha de tratarse?

No hay duda que todo paciente con una emergencia hipertensiva debe ser tratado en un medio hospitalario. Tras su detección deberá ser remitido lo más rápidamente posible al hospital, para tratamiento y observación. Se valorará su ingreso en una unidad de cuidados intensivos, donde tanto la presión arterial como la función neurológica, la función cardíaca y la función renal serán monitorizadas convenientemente.