

Crisis hipertensiva

*Roberto D'Achiardi Rey**

INTRODUCCIÓN

La crisis hipertensiva (CH) en la actualidad es poco frecuente, por la detección temprana y el manejo adecuado y agresivo actual de la hipertensión arterial (HTA). La CH puede deberse a múltiples causas (tabla I), aparecer en cualquier tipo de HTA y constituye una amenaza para la vida, por lo cual debe reconocerse en forma rápida y darle un tratamiento efectivo para evitar el daño de los órganos blanco (cerebro, sistema cardiovascular y riñón).

En presencia de un diagnóstico definido de CH, tiene prioridad instaurar en forma rápida la terapia, sobre la práctica de procedimientos diagnósticos sofisticados, los cuales se realizan una vez la tensión arterial (TA) esté controlada o en caso de ser necesarios para establecer diagnóstico de daño orgánico, p.e, aneurisma disecante de aorta, obvio, esto no incluye los exámenes de rutina

DEFINICIÓN

Se considera emergencia hipertensiva (EH) la elevación súbita de la TA sistólica y diastólica, asociada con daño de órgano blanco y urgencia hipertensiva (UH) cuando no hay daño agudo de órgano blanco.

Algunas condiciones que cumplen con los criterios de EH son encefalopatía hipertensiva, disección aguda de aorta, edema pulmonar agudo (EPA) con falla respiratoria, infarto agudo de miocardio (IAM) y angina de pecho (AP) inestable, eclampsia, insuficiencia renal aguda (IRA) y anemia hemo-lítica microangiopática.

Aunque la definición de CH depende más de la patología acompañante que de las cifras tensionales *per se*, han considerado CH con TA mayor de 220/120-130 mm Hg, siendo más importante para el manejo la velocidad de elevación de la TA y el estado clínico del paciente, que las cifras tensionales absolutas.

Una UH puede presentarse como HTA acelerada de larga evolución con cifras sostenidas de 200/130 mm Hg, sin compromiso de órganos blanco, que no requiere reducción inmediata de la TA con agentes parenterales.

Por otra parte, la EH puede presentarse en un paciente con TA de 160/100 mm Hg, complicada por insuficiencia cardíaca congestiva (ICC), falla ventricular izquierda (FVI) o aneurisma de aorta (AA) que requiere hospitalización inmediata en la Unidad de Cuidado Intensivo y reducción rápida (menos de una hora) de las cifras de TA.

FISIOPATOLOGÍA DE LA CRISIS HIPERTENSIVA

La CH se debe a un incremento abrupto de la resistencia vascular sistémica, relacionada con vasoconstrictores humorales. La elevación severa de la TA lleva a disfunción endotelial y necrosis fibrinoide arteriolar.

EMERGENCIA Y URGENCIA HIPERTENSIVAS

La verdadera distinción entre EH y UH se hace al evaluar cada paciente, estableciendo una división práctica con implicaciones terapéuticas, así:

- *Emergencia hipertensiva*: es una condición de pronóstico oscuro en la cual la demora en instaurar la terapia causa secuelas irreversibles e incluye encefalopatía hipertensiva, aneurisma disecante de aorta, feocromocitoma, hemorragia intracraneal, eclampsia o HTA severa con embarazo, FVI con edema pulmonar agudo, trauma craneano, quemaduras, AP inestable o IAM.
- *Urgencia hipertensiva*: con pronóstico inmediato menos sombrío, pero pueden llevar a complicaciones si no se trata en forma adecuada, como son la asociada con enfermedad coronaria, trasplante renal, HTA posoperatoria, HTA en el paciente que requiere cirugía de emergencia y por último la HTA acelerada o maligna.

EVALUACIÓN Y EXÁMENES PARACLÍNICOS

Incluye una historia clínica y un examen físico detallados, que permitan analizar el compromiso de los órganos blanco y descartar HTA secundaria. Debe practicarse como mínimo: parcial de orina, cuadro hemático, nitrogenados y electrolitos, radiografía de tórax y electrocardiograma; dependiendo la solicitud de otros exámenes, del estado del paciente y de la información obtenida con la historia clínica.

El examen de orina y los nitrogenados determinan si existe daño renal y la severidad del mismo. Una falla renal, aún severa, no contraindica la reducción de la TA en forma rápida y agresiva, así se empeore la función renal en forma transitoria.

TRATAMIENTO DE LA EMERGENCIA HIPERTENSIVA

Los pacientes con EH requieren de terapia inmediata parenteral, mas no para regresar de inmediato la TA al normal, según los criterios y dosis especificados en la tabla 2, con el paciente hospitalizado, usualmente en UCI. El nitroprusiato de sodio es útil en la mayoría de las EH.

TRATAMIENTO DE LA URGENCIA HIPERTENSIVA

La TA se puede reducir en un lapso que oscila entre 24 y 48 horas, usualmente con medicación oral, ajustando la dosis o reiniciando la terapia cuando ésta fue suspendida y siguiendo el paciente de cerca. No se recomienda como medida rutinaria el uso de antihipertensivos orales en carga, como el captopril, enalapril, clonidina o minoxidil y mucho menos la nifedipina sublingual, cuyo uso debe abandonarse.

Los pacientes con HTA acelerada o maligna deben tratarse desde el principio con una combinación de medicamentos antihi-pertensivos vía oral. El minoxidil puede usarse si con la combinación de medicamentos no se produce una buena respuesta.

VELOCIDAD DE REDUCCIÓN DE LA TENSIÓN ARTERIAL

Independiente del medicamento parenteral utilizado, la TA diastólica debe reducirse en 10 a 15% o a valores cercanos a 110 mm Hg. En aneurisma disecante de aorta esto se debe lograr en 5 a 10 minutos y en pacientes con otras patologías en 30 a 60 minutos. Una vez se ha logrado este control, debe empezar el régimen antihipertensivo oral

En HTA relacionada con embarazo, la medicación parenteral debe reducir la TA sistólica >de 180 o TA diastólica >de 110 dentro de las primeras 24 horas y a menos de 90 mm de Hg en las 48 a 72 horas siguientes.

Para algunos autores, en pacientes con eventos cerebro-vasculares mayores, la TA no debe bajarse sino en excepcionales situaciones. La American Heart Association recomienda en evento cerebrovascular isquémico que la TA sea tratada cautelosamente. Recomiendan reservar la terapia para TA diastólica >120 a 130 mm Hg, reduciéndola sólo 20% en las primeras 24 horas.

Tabla 1

Etiología de la crisis hipertensiva

a. Cerebrovascular	<ul style="list-style-type: none">• Encefalopatía hipertensiva.• Hemorragia intracerebral o subaracnoidea.• Infarto cerebral.• Hipertensión maligna
b. Cardiovascular	<ul style="list-style-type: none">• Insuficiencia cardíaca congestiva.• Insuficiencia coronaria aguda.• Hipertensión poscirugía coronaria.• Disección aguda de la aorta.
c. Condiciones varias	<ul style="list-style-type: none">• Feocromocitoma.• Hipertensión de rebote.• Interacción de droga y alimentos con inhibidores de la MAO.• Preeclampsia y eclampsia.• Glomerulonefritis aguda.• Hipertensión posoperatoria.• Trauma cerebral.• Quemaduras severas.

Tabla 2
Medicación hipotensora para emergencias hipertensivas
Administración parenteral

Medicación	Dosis IV	Acción/duración	Indicación
Nitroprusiato sodio	0.25-10 mcg/kg/min.	Inmediata/1-2 min.	Mayoría, EAP
Nitroglicerina	5.0-100 mcg/min.	2-5 min./2-5 min.	IAM-angina
Labetalol	20-80 mg bolos IV c//5-10 minutos o 0.5-2.0 mcg/min.	5-10 min./3-6 h.	Mayoría, Ecl., DA Evitar en IC
Fenoldopam	0.1-0.3 mcg/kg/min.	<5 min./30 min.	Mayoría, EAP, IRA, CS
Hidralazina	5-10 mg c/20 min. Máximo 20 mg	10-20 min. /3-6 h.	Eclampsia
Enalaprilat	1.25-5 mg c/6 horas Administrar en 5 min.	15-30 min./6-8 h.	ICC-EAP
Nicardipina	5mg/h. Aumentar 1-2.5 mg/h.c/15min. Hasta 15 mg/h	5-10 min./1-4 h.	Mayoría, Ecl., IRA, CS No IC, AP, IAM
Esmolol	500 mcg/kg/min. X 1 min., luego 50-300 mcg/kg/min. X 4 min. Repetir si es necesario	1-2/min. /10-20 min.	HTA POP DA (combinación con nitroprusiato)
Fentolamina	5-10 mg c/5-15 min.	1-2 min. /3-10 min.	Crisis catecolamínica
Diazóxido	1-3 mg/kg/10-15 min. Hasta 150 mg		
Trimetafan	0.5-1 mg / min. Máximo 15 mg/min.		

* *Profesor, Departamento de Medicina Interna, Unidad de Nefrología, Pontificia Universidad Javeriana.*