

En los casos de falla de la bomba ventricular detectados antes de las ocho horas, se recomienda recurrir a nitroglicerina intravenosa. Hay algunas diferencias, más bien sutiles, entre el nitroprusiato y la nitroglicerina. Ambos agentes aparentemente actúan como vasodilatadores (más venosos que arteriales) a través de la activación del GMP cíclico (GMPc) del músculo liso.

La nitroglicerina intravenosa es de uso amplio contemporáneo para el manejo de síndromes coronarios inestables y en la falla ventricular inherente a la isquemia. La dosis intravenosa inicial es de 5 a 10 µg/minuto que se incrementa en la medida necesaria para controlar el dolor o la congestión. La dosis usualmente alcanza 40 a 100 µg/minuto pero hay un amplio espectro de variación. Dolor de cabeza y tolerancia son dos elementos limitantes. Pueden ocurrir hipotensión severa y bradicardia, probablemente un fenómeno tipo reflejo de Bezold-Jarisch (ILADIBA V (3): 31-33, 1991), que se controla con elevación de las piernas y atropina intravenosa. La complicación de hipotensión y bradicardia no se ha observado con nitroprusiato.

La supervisión del paciente con infarto tratado con nitroprusiato o nitroglicerina intravenosa debe incluir control hemodinámico invasivo con catéter en arteria pulmonar si hay hipotensión. En otros casos el seguimiento de la tensión arterial debe ser de todas maneras cuidadoso.

En síntesis, todavía hay aplicaciones importantes de los vasodilatadores intravenosos en la UCI para tratar la disfunción ventricular izquierda severa, particularmente en pacientes con infarto o síndromes coronarios inestables. Esa utilidad se extiende más allá del empleo habitual de la nitroglicerina para controlar el dolor isquémico. De interés es el empleo combinado de agentes inotrópicos positivos, tipo dobutamina, con los vasodilatadores directos, tipo nitroglicerina intravenosa.

Referencia:

American Heart Journal
121: 1875-1878 (junio), 1991

Tratamiento de emergencia de la **HIPERTENSION ARTERIAL**

El tratamiento de emergencia de la hipertensión arterial no es tan frecuente hogaño como antaño. La hipertensión maligna clásica acompañada de papiledema y de encefalopatía hipertensiva es una experiencia de generaciones pretéritas, excepto en comunidades con atención médica deficiente e inadecuada detección precoz de hipertensión y por ende ausencia de un buen tratamiento farmacológico. Sin embargo, todavía, a pesar del tratamiento, se observan pacientes en quienes se impone reducir rápidamente la presión arterial, por ejemplo, en el postoperatorio, cuando hay hemorragia intracraneana, cuando coincide con infar-

to de miocardio, en casos de disección de la aorta, en la pre-eclampsia y en feocromocitoma. En general la hipertensión asintomática no merece tratamiento "agudo", que a veces busca más tranquilizar al doctor y dramatiza innecesariamente.

Históricamente en las tres o cuatro últimas décadas se ha tratado la emergencia hipertensiva con drogas parenterales. Se han utilizado la hidralazina, la alfametildopa y la reserpina con resultados impredecibles, pobres o subóptimos. El uso de estas drogas puede generar hipotensiones serias con el implícito riesgo de daño cerebral. El diazóxido ha producido resultados

más consistentes pero se acompaña en ocasiones de hipotensión pronunciada. Como alternativa la modalidad predominante ha sido el nitroprusiato de sodio, un vasodilatador de vida media corta que se administra por infusión intravenosa continua. Tiene la ventaja de poder ajustarse o "titularse" pero exige una supervisión permanente para modular la velocidad del goteo.

En general la hipertensión asintomática no merece tratamiento "agudo".

Como modalidades intravenosas han hecho aparición reciente el dilevalol, un bloqueador β_1 y un agonista β_2 que es útil administrado por vía oral pero cuya eficacia intravenosa se ha demostrado de manera preliminar. También la nicardipina, un bloqueador de los canales del calcio, se ha comprobado que tiene utilidad para reducir la presión arterial elevada mediante administración por infusión intravenosa continua. Este bloqueador del calcio puede representar una alternativa parenteral al nitroprusiato de sodio antes mencionado.

Las modalidades orales más populares en el momento para reducir la presión arterial fuertemente elevada y que requiere una reducción rápida, son la nifedipina, un bloqueador de los canales del calcio, y el captopril, un inhibidor de la enzima convertidora de la angiotensina (ECA), administrados por vía sublingual. El soslayar la administración intravenosa confiere a la nifedipina y al captopril sublingual un atractivo especial y permite su uso inclusive en el consultorio y fuera del servicio de urgencias o de la unidad de cuidado intensivo. Debe recordarse, sin embargo, que el paciente con hipertensión severa merece y exige un seguimien-

to continuado, que puede no tenerse tan presente cuando el paciente es visto y tratado en el consultorio.

La nifedipina se administra a una dosis de 10 mg y los primeros efectos sobre la presión arterial aparecen tres minutos después, alcanzándose el máximo en una hora aproximadamente. El agente es bien tolerado aunque unos pocos pacientes experimentan dolor de cabeza, mareo, congestión vascular y palpitaciones como resultado del efecto vasodilatador del medicamento.

El captopril se prescribe en dosis de 25 mg por vía sublingual. Su primer efecto antihipertensivo se observa hacia los cinco minutos alcanzándose el máximo 50 minutos más tarde; la acción hipotensiva tiene varias horas de duración.

Un estudio reciente comparó la nifedipina sublingual con el captopril sublingual. No se registraron diferencias estadísticamente importantes entre las dos modalidades.

En **síntesis**, aunque menos necesario hoy que antes, todavía se observan pacientes en los cuales hay urgencia de tratar la hipertensión arterial, así las crisis hipertensivas clásicas de la hipertensión maligna no sean tan prevalentes. El nitroprusiato de sodio o la nicardipina por infusión intravenosa regulada, o nifedipina o captopril por vía sublingual constituyen las alternativas de tratamiento parenteral u oral más llamativas en el momento.

Referencias:

- Lancet
- 338: 339 (julio 27), 1991
- Archives of Internal Medicine
- 149: 2635-2637 (diciembre), 1989
- 151: 678-682 (abril), 1991