

Manejo práctico de la **CRISIS HIPERTENSIVA**

Solamente el 1% de los pacientes hipertensos desarrollan cuadros de crisis hipertensiva; sin embargo, la elevada mortalidad y la alta probabilidad de secuelas derivadas de los eventos hipertensivos agudos justifica un manejo agresivo, rápido y oportuno.

Se sabe que cerca de 90% de los pacientes con hipertensión maligna no tratada mueren en los dos años posteriores al diagnóstico, habitualmente en el curso de una crisis hipertensiva.

Para efectos prácticos se define la crisis hipertensiva como:

1. La presencia de tensión arterial diastólica por encima de 120 mm de Hg, con o sin síntomas, en un paciente previamente normotenso (en el mes precedente), o
2. Cualquiera de las siguientes situaciones en un paciente hipertenso: encefalopatía hipertensiva, retinopatía grados III o IV, infarto agudo de miocardio o angina inestable, falla cardíaca izquierda o edema pulmonar, aneurisma disecante de aorta, accidente cerebrovascular o insuficiencia renal progresiva.

El objetivo fundamental del tratamiento es lograr una reducción de la presión arterial media, es decir la presión arterial diastólica más un tercio de la diferencial (sistólica=diastólica), en el curso de la primera hora de tratamiento (**ver recuadro**).

Los pacientes con hipertensión maligna no tratada suelen morir en el curso de una crisis hipertensiva.

Puesto que una reducción demasiado rápida podría ser deletérea, se ha dicho que la magnitud de la disminución no debe sobrepasar 20% de la presión arterial severa es bastante considerable, no se debe pretender disminuir las cifras tensionales a un valor normal en un tiempo corto. Debe sí, realizarse evaluación y seguimiento estrechos del posible daño, especialmente a nivel cerebral, cardiopulmonar o renal simultáneamente con la administración de la terapéutica apropiada para cada caso. Los riesgos inherentes a un descenso rápido de la tensión arterial están especialmente relacionados con el daño que se pueda causar a nivel del sistema nervioso central e incluyen convulsiones, coma y hemorragia o isquemia cerebral franca.

Idealmente los pacientes en crisis hipertensiva deben ser vigilados en unidades de cuidado intensivo para hacer registro permanente de parámetros como electrocardiograma, gases arteriales, presión en cuña pulmonar, etc., aunque, sin embargo, la gran mayoría de ellos son manejados en los servicios de urgencias y aun en el mismo consultorio médico.

Prácticamente todos los medicamentos antihipertensivos son útiles en el manejo de las crisis, aunque, por supuesto, algunos tienen mayor efectividad que otros en el manejo agudo de la hipertensión. En algunos casos es la disponibilidad lo que impone el uso de uno u otro medicamento; así por ejemplo, la aplicación sublingual de nifedipina, que ha sido durante mucho tiempo una de las modalida-

$$\text{PRESION ARTERIAL MEDIA} = \text{PRESION DIASTOLICA} + \frac{\text{P. SISTOLICA} - \text{P. DIASTOLICA}}{3}$$

Cálculo de la presión arterial media.

DROGAS UTILIZADAS EN EL MANEJO DE LA CRISIS HIPERTENSIVA

PROBLEMA	DROGAS Y DOSIS INDICADAS	DROGAS CONTRAINDICADAS
HIPERTENSION MALIGNA	NITROPRUSIATO 0.5-10 mg/kg/min I.V. NIFEDIPINA 1-10 mg S.L. CLONIDINA 0.1-0.2 mg V.O.	DIURETICOS BLOQUEADORES BETA HIDRALAZINA
ENCEFALOPATIA HIPERTENSIVA	NITROPRUSIATO I.V. CLONIDINA V.O. INHIBIDORES E.C.A. V.O.	CALCIO ANTAGONISTAS METIL - DOPA SEDANTES
ACCIDENTE CEREBRO-VASCULAR	NITROPRUSIATO I.V. CLONIDINA V.O. NITROGLICERINA I.V. INHIBIDORES E.C.A. V.O.	TODAS LAS DEMAS
ANEURISMA AORTICO DISECANTE	NITROPRUSIATO I.V. + PROPANDOL 1 - 3 mg I.V.	HIDRALAZINA DIAZOXIDO
FALLA CARDIACA EDEMA PULMONAR	NITROPRUSIATO I.V. CAPTOPRIL V.O. CLONIDINA V.O. NIFEDIPINA V.O. PRAZOSIN V.O.	BETABLOQUEADORES
INFARTO DE MIOCARDIO (ISQUEMIA MIOCARDICA)	NITROGLICERINA 5-100 mg/min I.V. NITROPRUSIATO I.V. BETA-BLOQUEADORES I.V. CALCIO ANTAGONISTAS V.O./I.V. CAPTOPRIL V.O. CLONIDINA V.O.	HIDRALAZINA DIAZOXIDO

des más empleadas en el control de las crisis hipertensivas, ha demostrado ser tan efectiva como la aplicación, por la misma vía, de captopril o clonidina.

La droga que se escoja para el manejo inmediato debe ser eficaz en una amplia variedad de situaciones clínicas, de acción rápida, de fácil administración, de fácil control y en lo posible debe dilatar selectivamente los lechos arteriolares de los órganos blanco. Entre las drogas más utilizadas se incluye el nitroprusiato, la clonidina, los bloqueadores del calcio, los bloqueadores beta, la hidralazina, los inhibidores de la ECA y, como terapia coadyuvante, en algunos casos, los diuréticos de asa (**ver tabla**).

Se deben tener en cuenta siempre sus indicaciones más específicas, pero ante todo sus contraindicaciones y efectos adversos. Por ejemplo, el nitroprusiato está indicado en casi todos los casos de crisis hipertensiva, pero su toxicidad aumenta después de 48 horas de administración, por la generación de cianuro y tiocianatos. Los calcio-antagonistas tienen una excelente indicación en los casos asociados con falla cardíaca o edema pulmonar, pero, en los casos de encefalopatía, en los cuales puede haber compromiso estructural de las arterias cerebrales, su uso, por la gran vasodilatación que se produce, puede constituir un riesgo importante de sangrado intracraneano.

Tan pronto como se inicie el manejo para la reducción rápida de la tensión arterial, se debe, al mismo tiempo, iniciar un tratamiento convencional por vía oral, si es posible con la misma droga que el paciente venía recibiendo antes de su crisis, para asegurar un control a largo plazo y disminuir la probabilidad de nuevos episodios que pongan en riesgo la vida del enfermo.

Referencias:

Archives of Internal Medicine
151:250-259 (febrero), 1991
678-682 (abril), 1991
Postgraduate Medicine
89:111-119 (abril), 1991