

# Hipertensión severa: ¿urgencia o emergencia?

**Disertación del Dr. Bert-Jan van den Born – University of Amsterdam Medical Centres, AMC Amsterdam, The Netherlands. Domingo 25 de junio de 2023.**

**Sesión: HYPERTENSION IN THE EMERGENCY DEPARTMENT.**

¿Cuándo la hipertensión severa es una emergencia y cuando no lo es? La Emergencia Hipertensiva (EH) puede definirse como aquel escenario donde la hipertensión arterial (HTA) severa se asocia a la presencia de daño orgánico hipertensivo agudo (DOHA); mientras que podría caracterizarse a la urgencia hipertensiva (UH) como la HTA severa que puede llevar al desarrollo inminente de DOHA, aunque este aún no esté presente.

¿Qué es el DOHA? Puede definirse puntualmente cuando existe un órgano afectado de manera primaria, como en el caso de la disección aórtica aguda, el edema agudo de pulmón, la isquemia coronaria aguda, el accidente cerebrovascular isquémico o hemorrágico. También existen circunstancias particulares en la EH resultado de la HTA severa por sí misma: la hipertensión maligna, caracterizada por elevación severa de la presión arterial (generalmente  $>200/120$  mmHg) con daño microvascular agudo y difuso, cuyas alteraciones regionales en la microcirculación retiniana se manifiestan por el clásico edema del nervio óptico, como signos de afectación a otros niveles, particularmente los riñones; y la encefalopatía hipertensiva, producto de la falla en el mecanismo de autorregulación de la perfusión cerebral, que en condiciones de normalidad mantiene el flujo sanguíneo cerebral constante a pesar de las variaciones en la PA sistémica. Respecto de los escenarios clínicos: en la afectación orgánica primaria los pacientes presentarán signos y síntomas de disfunción aguda a dicho nivel (dolor torácico y/o abdominal, disnea, déficit neurológico) asociado a cifras de HTA severa; en el segundo caso, predominan cefalea, náuseas, vómitos, alteraciones visuales, convulsiones, somnolencia e incluso coma, dependiendo del cuadro.

Poder establecer esta diferencia, y el nivel de afectación en el contexto de HTA severa resulta fundamental dado que esto definirá: el tipo de tratamiento, el objetivo de PA a alcanzar y la ventana de tiempo para hacerlo.

En el tratamiento de las EH debe tenerse presente que es difícil predecir la respuesta de la PA a los fármacos que se administran por vía oral y que las reducciones significativas de las cifras pueden llevar al desarrollo de isquemia cerebral, e incluso precipitar la muerte. Dicho esto, se aconseja que el manejo se realice con fármacos endovenosos y que la disminución de las cifras no sea

abrupta ni muy significativa. El consenso general es lograr una reducción del 25% de la PA media.

Con relación a las UH, resulta importante mencionar un estudio retrospectivo norteamericano que incluyó 58.535 sujetos que consultaron al sistema de emergencias por presentar PA sistólica  $\geq 180$  y/o PA diastólica  $\geq 110$  mmHg en ausencia de síntomas de DOHA. Menos del 1% desarrolló un evento cardiovascular. Al comparar pacientes que fueron internados versus aquellos que fueron enviados al domicilio: no se observaron diferencias en el desarrollo de eventos cardiovasculares mayores a los 7 días, 30 días ni 6 meses. Entre los sujetos referidos al hospital, solo el 5% de las pruebas complementarias realizadas demostraron resultados anormales. Por lo tanto, podría decirse que la UH tiene una baja tasa de complicaciones (no superior a la de un paciente con HTA no controlada). La reducción abrupta de la PA en estos pacientes también puede resultar nociva, por lo que se recomienda la disminución progresiva de las cifras utilizando fármacos por vía oral.

Finalmente, existen dos situaciones donde un escenario de HTA severa sin DAHO asimismo debe considerarse como una EH. Estas excepciones son: la preeclampsia, donde existen síntomas asociados a cifras de PA  $\geq 160/110$ ; y la crisis catecolaminérgica, donde hay signos de hiperestimulación adrenérgica, ya sea endógena (feocromocitoma) o exógena (anfetaminas). Estas situaciones se acompañan de un alto riesgo de desarrollar complicaciones cardiovasculares graves.

## Lecturas recomendadas

- Patel KK, et al. Characteristics and Outcomes of Patients Presenting With Hypertensive Urgency in the Office Setting. *JAMA Intern Med* 2016;176:981-8.
- van den Born BJH, et al. ESC Council on hypertension position document on the management of hypertensive emergencies. *Eur Heart J Cardiovasc Pharmacother* 2019;5:37-46.
- Mancia G, et al. 2023 ESH Guidelines for the management of arterial hypertension The Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension Endorsed by the European Renal Association (ERA) and the International Society of Hypertension (ISH). *J Hypertens* 2023.

