

Manejo de la HTA en el ACV agudo: ¿debemos bajar la presión arterial?

Dr. Plinio Casola

Médico Clínico. Ex presidente del distrito NEA-SAHA.

Dr. Alejandro De Cerchio

Médico Cardiólogo. Presidente del distrito NEA-SAHA.

A favor: Dr. Plinio Casola

La presión arterial (PA) óptima en el manejo del accidente cerebrovascular (ACV) agudo, tanto isquémico como hemorrágico, sigue siendo controvertida. La PA elevada es común en pacientes con hemorragia intracraneal (HIC) aguda debido a un aumento en la presión intracraneal (PIC) y dolor, por el efecto de masa de la hemorragia. Además, muchos pacientes con HIC aguda tienen PA alta debido a la hipertensión arterial (HTA) previa no controlada. Las elevaciones no controladas de la PA como de su variabilidad son factores de riesgo de expansión hemorrágica y mala evolución.

Las últimas guías 2022 de la AHA/ASA, en HIC recomiendan:

- Para pacientes con HIC aguda que presentan presión arterial sistólica (PAS) entre 150 y 220 mmHg, se sugiere reducir la PAS a un objetivo de 140 mmHg, idealmente dentro de la primera hora de presentación, siempre que el paciente permanezca clínicamente estable.
- Para pacientes con HIC aguda que presentan PAS >220 mmHg, sugerimos una reducción rápida de la PAS a <220 mmHg. Posteriormente, la PA se reduce gradualmente (durante un período de horas) hasta un rango objetivo de 140 a 160 mmHg, siempre que el paciente permanezca clínicamente estable. Los pacientes que se deterioran clínicamente durante este período pueden requerir una reducción de la terapia antihipertensiva aguda. El objetivo óptimo de PA es incierto, pero una PAS de 140 a 160 mmHg es un objetivo razonable para los pacientes que permanecen clínicamente estables.

Por su parte las guías Europeas, en pacientes con HIC hiperaguda (<6 horas), sugieren bajar la PAS por debajo de 140 mmHg (y mantenerlo por encima de 110 mmHg) para reducir la expansión del hematoma.

Existen pocos datos de ensayos controlados aleatorizados y diseñados específicamente para guiar el control de la PA en la fase aguda del ACV isquémico (es decir, las primeras 24 horas) cuando la penumbra isquémica puede estar en riesgo de daño irreversible si el flujo de sangre cerebral se reduce al disminuir la PA. El estudio MAPAS con tratamiento dentro de las primeras 12 hs de iniciado el ACV sugirió que los

pacientes con control de la PA en la rama de 161 mmHg a 180 mmHg, tuvieron mejor desenlace que las ramas más altas o bajas que este rango. Otros grandes ensayos como el CATIS, ENOS, SCAST, COSASC, reclutaron pacientes hasta 30 a 48 horas de iniciado el ACV, y por lo tanto brindan poca información sobre el manejo en las primeras horas del evento.

Para los pacientes que van a recibir terapia trombolítica, se aconseja bajar la PAS a <185 mmHg y la PAD a <110 mmHg. La PA debe estabilizarse y mantenerse en 180/105 mmHg o menos durante al menos 24 horas después del tratamiento trombolítico. Para los pacientes que no van a recibir terapia trombolítica ni trombectomía mecánica, cuya PAS es >220 mmHg o PAD >120 mmHg, o si el paciente tiene enfermedad coronaria isquémica activa, insuficiencia cardíaca, disección aórtica, encefalopatía hipertensiva o preeclampsia/eclampsia, una reducción del 15% de la PAS parece ser razonable y seguro (consejo de expertos).

Es razonable comenzar o reiniciar los medicamentos antihipertensivos durante la hospitalización para pacientes con PA >140/90 mmHg que están neurológicamente estables, a menos que estén contraindicados. Esto se puede hacer tan pronto como 24 a 48 horas después del inicio del ACV para la mayoría de los pacientes hospitalizados, con el objetivo de controlar gradualmente la hipertensión en unos pocos días a una semana. Es importante destacar que los pacientes con estenosis de las grandes arterias extracraneales o intracraneales pueden requerir una reducción más lenta de la PA (p. ej., durante 7 a 14 días después del ACV), ya que puede ser necesario cierto grado de elevación de la PA para mantener el flujo sanguíneo cerebral a las regiones cerebrales isquémicas. Por esta razón, sugerimos no reiniciar los agentes antihipertensivos hasta que se completen las imágenes vasculares y se descarte una estenosis de arteria grande sintomática.

En contra: Dr. Alejandro De Cerchio

Es probable que la locución atribuida a Hipócrates 460 ac. *primum non nocere*, hoy convertida en una máxima aplicada en el campo de la medicina, tenga un lugar de



privilegio a la hora de enfrentar el manejo de las cifras de PA en el marco de un ACV agudo. Es así como en el escenario de un ACV agudo la primera recomendación para los médicos de atención primaria y/o recolectores de ambulancia, es que bajo ningún concepto intenten descender la PA de estos pacientes sin antes realizar una evaluación clínica-neurológica rápida, estabilización de vías aéreas, estado de hidratación, electrolitos, glucosa, saturación de oxígeno y estudios de imágenes sin contraste de urgencia (TAC o RMN).

El fundamento del tratamiento de la PA en el marco de la hemorragia en el periodo agudo es que la hipertensión favorece la expansión del hematoma. De hecho, el 20 a 35% de las HIC se complican con expansión del hematoma y de ellos un tercio lo hace dentro de las 3 horas del inicio de los síntomas. Es por ello que el control temprano de la PA podría prevenir la expansión de la hemorragia. El estudio ATACH 2, no mostró diferencias en términos de mortalidad ni discapacidad neurológica en los grupos con HIC aguda y PAS >180 mmHg, en quienes se bajó la PAS a menos de 140 mmHg en forma sostenida o no, en las siguientes 24 hs, en comparación con los que disminuyeron a <180 mmHg, pero si se observó un mayor deterioro neurológico y eventos cardiovasculares en el grupo de descenso de PAS a menos de 140 mmHg.

En pacientes hospitalizados con ACV isquémico agudo y PA <220/110 mmHg que no recibirá trombólisis o trombectomía mecánica, no sugerimos el uso rutinario de agentes hipotensores al menos en las primeras 24 horas después del inicio de los síntomas, a menos que esto sea necesario por una condición comórbida específica. En pacientes con ACV isquémico agudo debido a oclusión de un vaso grande sugerimos no reducir la PAS <130 mmHg durante las primeras 24 horas después de una exitosa trombectomía mecánica (Calidad de la evidencia: Moderada Fuerza de la recomendación: Débil).

La recomendación más razonable parece ser la de no bajar la PA durante las primeras 24 horas del ACV isquémico agudo a menos que:

- PA sea >220/120 mm Hg o
- Tratamiento de perfusión planeado y PA sea >185/110 mmHg,
- Haya una condición médica específica concomitante que se beneficiaría con la disminución de la PA: encefalopatía hipertensiva, isquemia miocárdica, disección aórtica o insuficiencia cardíaca, donde debe primar el criterio médico sobre el concepto de que el tratamiento en todos los casos debería ser individualizado.

En pacientes con ictus isquémico agudo no tratados con perfusión (trombólisis intravenosa o trombectomía mecánica) que experimentan deterioro clínico, se aconseja no utilizar fármacos vasopresores para aumentar la PA.

Los resultados funcionales mejoraron en el manejo del ACV isquémico durante los últimos 20 años en ambos sexos, presumiblemente en parte debido al desarrollo de la terapia de perfusión aguda. Los resultados de los pacientes con ACV hemorrágico no mejoraron claramente en el mismo período.

Lecturas recomendadas

Divani AA, Liu X, Di Napoli M, et al. Blood Pressure Variability Predicts Poor In-Hospital Outcome in Spontaneous Intracerebral Hemorrhage. *Stroke*. 2019;50(8):2023.

Guideline for the Management of Patients With Spontaneous Intracerebral Hemorrhage: A Guideline From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2022;53:00-00.

Nasi LA, Ouriques Martins SC, Gus M. Early Manipulation of Arterial Blood Pressure in Acute Ischemic Stroke (MAPAS): Results of a Randomized Controlled Trial. *Neurocrit Care*. 2019 Apr;30(2):372-379.

Guidelines for the Early Management of Patients With Acute Ischemic Stroke: 2019 Update to the 2018 Guidelines for the Early Management of Acute Ischemic Stroke: A Guideline for Healthcare Professionals From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*. 2019;50:e344-e418.

Sandset EC, Anderson CS, Bath PM, et al. European Stroke Organization (ESO) guidelines on blood pressure management in acute ischemic stroke and intracerebral hemorrhage. *European Stroke Journal* 2021, Vol. 6(2) X48-L89.

Qureshi AI, Palesch YY, Foster LD, et al. ATACH 2 Trial Investigators. Blood Pressure-Attained Analysis of ATACH 2 Trial. *Stroke* 2018; 49(6): 1412-1418.

