

Hipertensión en la Guardia

¿Urgencia médica o urgencia del médico?

Dr. Pablo D. Rodríguez

Jefe de la Clínica de Hipertensión Arterial, ICBA-Instituto Cardiovascular (Buenos Aires)
Jefe Sección Hipertensión Arterial, Sanatorio Dr. Julio Méndez (Buenos Aires)
Secretario de la Sociedad Argentina de Hipertensión Arterial (2021-2023)



La hipertensión arterial (HTA) es una de las causas más frecuentes de consulta en los Servicios de Emergencia y obliga al médico actuante a tomar rápidamente decisiones que pueden impactar fuertemente sobre el pronóstico del paciente cuando los valores de presión arterial (PA) se encuentran dentro del rango de la HTA severa. La literatura sobre el tema se refiere habitualmente a estos cuadros como crisis hipertensivas, las que en la mayoría de las diferentes revisiones y guías de práctica clínica se dividen en emergencias y urgencias hipertensivas, dependiendo de la gravedad del cuadro clínico y del impacto del ascenso tensional sobre los órganos blanco, principalmente el aparato cardiovascular, el sistema nervioso central y el riñón.

La pregunta que da título a este artículo expresa cabalmente el punto más conflictivo sobre la verdadera naturaleza de la HTA severa en pacientes que consultan a Guardia y que no se presentan como un cuadro de emergencia hipertensiva: las urgencias hipertensivas o pseudocrisis. ¿Cuándo un valor de PA debe ser considerado un riesgo inmediato para el paciente? ¿Es el valor de PA el determinante principal del riesgo o el contexto clínico en el que este valor se presenta? ¿Cómo y con qué elementos se debe evaluar a un paciente con HTA? ¿Se debe tratar en la guardia? ¿Cuál es la PA objetivo? Muchas de estas preguntas no tienen una respuesta definida. Sin embargo, en la gran mayoría de los casos, la presencia de estos cuadros motivan conductas generalmente exageradas que de alguna manera reflejan la "urgencia del médico" más que la urgencia médica, incluyendo la utilización de recursos diagnósticos innecesarios y la instalación de terapéuticas intensivas con el fin de alcanzar un valor de PA normal que quizás el paciente no haya alcanzado jamás en su vida, ya sea por no haber sido diagnosticado correctamente o por un tratamiento insuficiente de su enfermedad.

¿DEPENDEN LA CONDUCTA SOLAMENTE DEL VALOR DE PRESIÓN ARTERIAL?

Por definición se considera como HTA severa a la HTA grado 3 de las clasificaciones actuales, o sea aquella cuyos valores son $\geq 180/110$ mmHg. Sin embargo, la comprobación de un valor dentro de este rango no siempre resulta suficiente para indicar una conducta diagnóstica o terapéutica en el Servicio de Emergencias. Algunos autores sostienen que sólo valores dentro de los que hasta hace algunos años se consideraba como HTA muy severa ($\geq 210/120$ mmHg) podrían indicar la necesidad de una conducta activa, principalmente vinculada a la indicación de un tratamiento destinado a reducir los valores de PA.

La profundidad de la evaluación diagnóstica en estos pacientes despierta controversia. En las normas del *American College of Emergency Physicians* publicadas en 2013 los autores sugieren que en pacientes asintomáticos con valores de HTA severa, la realización de estudios diagnósticos destinados a la pesquisa de daño agudo de órganos blanco (DAOB) no es necesaria. Un relevamiento realizado en el Departamento de Emergencias de la Cleveland Clinic, demostró que sólo un 5,5% de los estudios realizados en pacientes con diagnóstico de urgencia hipertensiva eran anormales y que un porcentaje menor de los mismos había influido en el pronóstico y evolución de los pacientes.

En relación al diagnóstico, el correcto registro de la PA es la piedra angular de la evaluación. En la mayoría de los pacientes un registro tensional adecuado puede por sí solo diferenciar entre una verdadera HTA severa y una elevación transitoria de la PA. Un importante registro realizado en Unidades de Emergencia en todo el territorio italiano demostró que al menos en uno de cada cinco pacientes con diagnóstico primario de crisis hipertensiva, la PA fue registrada en una única oportunidad en un solo brazo. El correcto registro exige la realización de tomas reiteradas de la PA para

certificar la verdadera severidad de los valores registrados y minimizar el efecto de alarma relacionado a la determinación de la PA, principalmente en circunstancias de urgencia. Otros autores señalan que luego de 30 minutos de un control inicial de PA \geq 180/110 mmHg, sólo alrededor del 40% de los pacientes continuaban presentando valores dentro de ese rango.

La indicación de una conducta terapéutica en estos pacientes es igual de controvertida:

- Los autores de la normativa del *American College of Emergency Physicians* sugieren que la indicación de tratamiento en estos pacientes no sería necesaria ya que no impacta en el pronóstico de los mismos. Sugieren que en pacientes en los que no se pueda garantizar un seguimiento, la consulta a la Guardia podría ser una buena oportunidad para iniciar o ajustar el tratamiento antihipertensivo y que siempre que fuera posible el paciente debiese ser remitido a un consultorio especializado para su control ulterior.
- Algunos autores sugieren que la indicación de un tratamiento antihipertensivo en la Sala de Guardia podría impactar en una mejor control de la PA en el corto y mediano plazo pero sin impacto en el pronóstico alejado, por lo que señalan que la conducta en estos casos no debiese diferir de la de los pacientes con cifras similares de PA que son atendidos por médicos de atención primaria o especialistas.
- El estudio REHASE, realizado en nuestro país, demostró que un tercio de los pacientes con HTA severa asintomática u oligosintomática reducían sus valores tensionales hasta un rango seguro luego de un lapso de entre 30 y 60 minutos de reposo.
- El uso de ansiolíticos en estas circunstancias es aún más discutido. Si bien algunos trabajos señalan que estos fármacos podrían ser útiles en pacientes en los que el aumento tensional es secundario a una situación de stress, la mayor parte de la evidencia proviene de estudios de escaso rigor científico.

PALABRAS FINALES

Las llamadas urgencias hipertensivas generan muchas veces conductas extemporáneas que comprometen tanto a los pacientes, sus familiares y a los médicos y personal de salud actuantes. Se indican fármacos con el objetivo de reducir rápidamente la PA y se solicitan estudios generalmente innecesarios que no impactarán en el futuro inmediato en el paciente y que muchas veces incluso pueden generar riesgo en el mismo. Excluida la presencia de DAOB, la confirmación de valores de HTA severa en la Guardia debe constituir una oportunidad única para concientizar al paciente sobre la importancia del adecuado control de su HTA, mejorar la adherencia a los tratamientos previos en los casos que estos existan o instalar un tratamiento hasta una próxima consulta que permita iniciar o continuar los procedimientos diagnósticos y las conductas terapéuticas adecuadas destinadas al control definitivo de la HTA en cada paciente.

LECTURAS RECOMENDADAS

Van den Born BH, Lip GYH, Brguljan-Hitij J, Cremer A, Segura J, Morales E et al. ESC Council on hypertension position document on the management of hypertensive emergencies. *Eur Heart J Cardiovasc Pharmacother.* 2019;5:37-46

Rodríguez P., O'Flaherty M., Forcada P., Grassi D., Díaz M., Ferrante D. et al. Estudio REHASE (Relevamiento de Hipertensión Arterial Severa en Servicios de Emergencia): características de la población y respuesta a una estrategia de manejo. *Rev Arg Cardiol* 2006; 74; 102-108

Saladini F, Mancusi C, Bertacchini F, Spannella F, Maloberti A, Giavarini A et al. Diagnosis and treatment of hypertensive emergencies and urgencies among Italian emergency and intensive care departments. Results from an Italian survey: Progetto GEAR (Gestione dell'Emergenza e urgenza in ARea critica). *Eur J Intern Med.* 2020;71:50-56.

Wolf SJ, Lo B, Shih RD, Smith MD, Fesmire FM; American College of Emergency Physicians Clinical Policies Committee. Clinical policy: critical issues in the evaluation and management of adult patients in the emergency department with asymptomatic elevated blood pressure. *Ann Emerg Med.* 2013;62:59-68

