



Hipertensión y riesgo vascular

www.elsevier.es/hipertension



REVISIÓN

Crisis hipertensivas: pseudocrisis, urgencias y emergencias



C. Albaladejo Blanco^{a,*}, J. Sobrino Martínez^b y S. Vázquez González^c

^a Medicina de Familia, Centro de Atención Primaria Llefià, Badalona, Barcelona, España

^b Servicio de Urgencias, Fundació Hospital de l'Esperit Sant, Santa Coloma de Gramanet, Barcelona, España

^c Servicio de Nefrología, Hospital del Mar, Barcelona, España

Disponible en Internet el 10 de mayo de 2014

PALABRAS CLAVE

Hipertensión arterial;
Crisis hipertensiva;
Urgencia hipertensiva;
Emergencia hipertensiva

KEYWORDS

Hypertension;
Hypertensive crises;
Hypertensive urgency;
Hypertensive emergency

Resumen Las crisis hipertensivas se definen como elevaciones agudas de la presión arterial capaces de producir alteraciones funcionales o estructurales en los órganos diana de la hipertensión. Históricamente se han dividido en 2 tipos, urgencias y emergencias hipertensivas, con diferente clínica, tratamiento y pronóstico. En esta revisión se sigue dicha clasificación pero considerando un tercer tipo, las llamadas pseudocrisis o falsas crisis hipertensivas.

Las urgencias hipertensivas no provocan afectación de los órganos diana o si esta se produce es leve-moderada, permitiendo un descenso tensional lento y progresivo (horas-días) con fármacos por vía oral, habitualmente en el ámbito extrahospitalario.

Las emergencias hipertensivas provocan lesiones agudas y graves de los órganos diana, con riesgo de compromiso vital, precisando un descenso tensional rápido (minutos-horas) pero muy controlado con fármacos por vía intravenosa en el ámbito hospitalario.

Las elevaciones tensionales agudas que no pueden llegar a clasificarse ni como urgencias ni como emergencias se consideran pseudocrisis hipertensivas.

© 2014 SEHLEHA. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

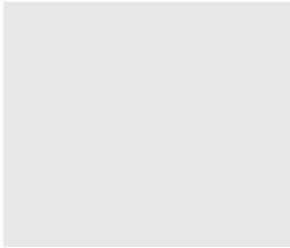
Hypertensive crisis: Pseudocrises, urgencies and emergencies

Abstract Hypertensive crises are defined as acute blood pressure elevations that can cause functional or structural alterations in hypertension target organs. Historically, they have been divided into two types, urgencies and hypertensive emergencies, with different symptoms, treatment and prognosis. This review follows this classification but also considers a third type, the so-called pseudocrises or false hypertensive crisis.

Hypertensive urgencies do not cause organ involvement target or if this does occur, the involvement is slight-moderate, allowing a slow and progressive decrease in pressure (hours-days) with oral drugs usually in the outpatient setting (primary care).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: carlesalbaladejo@gmail.com (C. Albaladejo Blanco).



Hypertensive emergencies cause acute and severe injuries of the target organs, with life threatening risk, and require a rapid, but very controlled drop with intravenous drugs in blood pressure (minutes-hours) within the hospital setting.

Acute blood pressure elevations that cannot be classified as urgencies or emergencies are considered hypertensive pseudocrises.

© 2014 SEHLELHA. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Una crisis hipertensiva (CH) se define como una elevación aguda de la presión arterial (PA) capaz de producir, al menos en teoría, alteraciones funcionales o estructurales en los órganos diana de la hipertensión arterial (HTA): corazón, cerebro, riñón, retina y arterias. Cabe señalar que esta definición no hace referencia a la sintomatología acompañante, ni si afecta a pacientes con/sin diagnóstico previo de HTA. La repercusión visceral de las CH depende tanto —o más— de la capacidad de autorregulación del flujo sanguíneo en los órganos diana y de la velocidad de instauración con la que se produce dicha elevación tensional (horas, días, semanas), como de las cifras absolutas de PA. El concepto de CH, intrínsecamente, se presta a debate puesto que no existe unanimidad en su propia denominación. Algunos autores prefieren el nombre de «elevaciones tensionales agudas» porque la palabra crisis sugiere «gravedad de rápida instauración» y en la práctica clínica no siempre es posible documentar que la elevación de la PA se haya producido de forma tan rápida como podemos creer, ni que esta produzca, aparentemente, ningún tipo de repercusión orgánica. Siguiendo con su definición, la controversia persiste, pues no existe un consenso unánime en el punto de corte, en las cifras de PA a partir de las cuales se define una CH (tabla 1).

Las CH han sido un tema poco atractivo incluso para los «hipertensiólogos», con exigua mención en las guías internacionales y nacionales sobre HTA. Sin ir más lejos, la guía conjunta entre las sociedades europeas de Hipertensión y Cardiología 2013¹ le dedica un pequeño apartado (concretamente el 6.16), que ocupa menos de media página de las 72 que contiene y la última guía conocida que se ha publicado este mismo año 2014, la conjunta entre las sociedades Americana e Internacional de Hipertensión² ni tan siquiera menciona nada sobre la CH... Tampoco los aspectos clínicos sobre diagnóstico, semiología, tratamiento o pronóstico de las CH han sido demasiado abordados en la literatura médica, de modo que el nivel de evidencia científica es, en líneas generales, más bien escaso, niveles II-IV de la *Scottish Intercollegiate Guidelines Network* (SIGN), y el grado de las recomendaciones bajo (grados C-D de la SIGN). Como ejemplo de lo expuesto, en la tabla 2 se resumen los pocos estudios sobre CH publicados en revistas nacionales desde el año 2000 hasta la actualidad.

Hace ya 30 años, en 1984, el *Joint National Committee* norteamericano estableció una diferencia terminológica y operacional entre urgencias y emergencias hipertensivas (UH y EH), que se ha ido manteniendo y ratificando

posteriormente en casi todas las guías y trabajos sobre el tema. En la presente revisión, se seguirá esta clasificación, pero considerando un tercer tipo de CH, muy habitual en las consultas ambulatorias de atención primaria: las llamadas seudocrisis o falsas CH³, término antitético para diferenciarlas de las verdaderas CH (UH y EH). Evidentemente, en la práctica clínica diaria se dan situaciones intermedias entre los 3 tipos de CH —seudocrisis, urgencias y emergencias— que, a veces, pueden solaparse y confundirse. De hecho, algunas condiciones clínicas asociadas (p. ej., HTA maligna, epistaxis, síndromes hiperadrenérgicos, pacientes anticoagulados, etc.) pueden estar clasificadas, según la bibliografía consultada, indistintamente dentro del apartado de UH o de EH en función de su intensidad clínica. Respecto a las seudocrisis, algunos autores no reconocen su mera existencia y otros las consideran como un subtipo dentro de las UH. Una propuesta para el abordaje de las CH³ se detalla en la figura 1.

Seudocrisis hipertensivas

Las seudocrisis o falsas CH, también conocidas como pseudo-UH, son elevaciones de la PA reactivas y transitorias a estimulación del sistema nervioso simpático (estrés, dolor agudo, frío ambiental, fármacos, ingesta reciente de café, retención urinaria, ejercicio físico, etc.) o por defectos en la técnica de medición (toma única, brazal y/o postura inadecuadas, etc.). En este grupo también se incluiría a los pacientes con HTA clínica aislada (la antigua «HTA de bata blanca») y a los pacientes con HTA definida pero con importante efecto de bata blanca conocido y bien documentado por una monitorización ambulatoria de la PA (MAPA) aceptablemente reciente. En un porcentaje de casos —incierto e impreciso— no se identifica ningún desencadenante y serían el reflejo de una HTA crónica grave (de grado 3, es decir $PA \geq 180/110$ mmHg) no controlada adecuadamente (tratamiento insuficiente, incumplimiento terapéutico, etc.), que ha sido detectada fortuitamente al realizar una medición de rutina, coincidiendo o no con factores precipitantes.

La prevalencia real de las pseudo-CH ha sido muy poco analizada, pero en los pocos estudios en que sí lo ha sido oscila entre el 24 y el 43% en trabajos hospitalarios⁴⁻⁶ y el 77-91% en trabajos extrahospitalarios⁷⁻⁹. En algunos de estos modestos estudios, se ha descrito que, en la comparación de variables, la PA sistólica es significativamente menor en las seudocrisis respecto a las CH verdaderas^{8,10}. Lo que sí parece claro es que no ocasionan lesiones en los órganos diana y que clínicamente son asintomáticas (hallazgo casual) o bien cursan

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/2926244>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/2926244>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)