

Análisis clínico de las crisis hipertensivas tratadas en el servicio de Urgencias de un hospital de tercer nivel

M. Piedra-León^a, M. C. García-Gómez^a, N. Velilla Mendoza^b,
G. Fernández-Fresnedo^c y M. Arias^c

Servicios de ^aEndocrinología, ^bMedicina Interna y ^cNefrología.
Hospital Marqués de Valdecilla. Santander. Cantabria. España

Sr. Director:

La hipertensión arterial (HTA) es un factor de riesgo cardiovascular muy prevalente, estimándose que a nivel mundial un billón de personas son hipertensas¹. Sin embargo, la incidencia de crisis hipertensivas (CH) en la población hipertensa es menor de un 1%². En 1993 el informe del *Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure* (V-JNC) propuso la clasificación de CH, dividiéndolas en emergencias y urgencias hipertensivas³. En el año 2004 nos propusimos evaluar las características de los pacientes diagnosticados de CH en el servicio de Urgencias de nuestro hospital, así como la actuación de los facultativos que los atendieron. El estudio se desarrolló durante 7 meses y fueron evaluados todos los pacientes, excepto menores de 18 años y mujeres gestantes, que fueron codificados como CH, excluyendo posteriormente del análisis a aquellos que no cumplían criterios de CH según el VII-JNC: presión arterial sistólica (PAS) ≥ 210 mmHg o diastólica (PAD) ≥ 120 mmHg¹. Analizamos un total de 363 pacientes con el diagnóstico de CH, de los que solamente 173 cumplían los criterios de CH (47,6%), lo que corresponde al 0,2% del total de pacientes atendidos en el servicio de Urgencias en ese período de tiempo, siendo únicamente estos casos los que analizamos a continuación. La edad media de los pacientes fue de $62,34 \pm 15,86$ años, siendo un 57,2% de ellos varones. Un 79,8% eran hipertensos conocidos y un 67,1% de ellos recibían tratamiento antihipertensivo. La clínica que motivó la consulta urgente fue, por orden de frecuencia: mareo, cefalea, náuseas/vómitos, dolor torácico, palpitaciones, disnea y epistaxis. Un 22% de los pacientes acudió totalmente asintomático tras haber detectado cifras elevadas de presión arterial. La PAS media fue de $215,3 \pm 24,4$ mmHg y la PAD de $120,04 \pm 15,2$ mmHg. La exploración física sistémica y neurológica fue normal en la mayoría de los pacientes, aun-

que esta última se realizó solamente en un 36,4% de los casos y la exploración de fondo de ojo en tan sólo 10 pacientes (5,8%). Se solicitaron múltiples pruebas complementarias (bioquímica básica, electrocardiograma, hemograma, examen elemental y sedimento de orina, etc.), no aportando en general datos de interés. Se instauró tratamiento farmacológico en el 92% de los casos. El fármaco más frecuentemente administrado fue captopril (73,7%) en monoterapia y vía oral principalmente. El siguiente fármaco en frecuencia de administración fue diazepam (37,5%) en combinación con antihipertensivos. Furosemida fue utilizada en un 30,6% de los casos, en su mayoría en asociación y por vía endovenosa (ev). Nifedipino fue administrado en un 13,7% de los casos en general en asociación con otros fármacos y por vía oral. Fármacos antihipertensivos por vía ev tales como urapidilo y labetalol apenas fueron utilizados. Se solicitó valoración urgente por el servicio de Nefrología en 18 de los casos (10,4%). El valor medio de PAS y PAD descendió al alta en un 25,8% y 21,9%, respectivamente. El destino final del paciente fue su domicilio en un 97,7% de los casos, recomendándose a un 88,1% de ellos acudir en breve espacio de tiempo a su médico de Atención Primaria. Únicamente 4 casos (2,3%) fueron emergencias hipertensivas (EH) y precisaron ingreso. De los pacientes remitidos a su domicilio, al 24,8% se le modificó su tratamiento antihipertensivo habitual y a un 31,4% de los pacientes no hipertensos conocidos se le pautó algún fármaco antihipertensivo.

Varios estudios epidemiológicos han evaluado la prevalencia de la HTA en la población; sin embargo, muy pocos trabajos han estudiado las CH. El porcentaje de CH respecto del total de pacientes atendidos en el servicio de Urgencias de nuestro hospital es inferior al encontrado en otros trabajos similares⁴⁻⁶. Esta menor incidencia puede atribuirse a que en nuestro hospital, el servicio de Urgencias no está dividido en área médica y quirúrgica, siendo mayor el volumen

de pacientes totales atendidos, y también a un mejor control y tratamiento de la HTA en los últimos años. La proporción de pacientes que no se conocían hipertensos, casi un cuarto, es prácticamente la misma que la documentada por Zampaglione et al⁴, pero diferente a la obtenida en estudios similares en nuestro país, 12,7% y 40%, y el porcentaje de hipertensos conocidos no tratados similar a lo visto en otros estudios^{5, 6}. También encontramos diferencias al comparar el porcentaje de EH respecto del total de CH, puesto que nuestro 2,3% es muy inferior al 25% encontrado en otros estudios similares⁶, pudiendo ser debido a que en general las EH no se codifican como lo que son, siendo ingresadas con otros diagnósticos. En cuanto a la sintomatología, la elevada proporción de pacientes asintomáticos podría explicarse por la proliferación en los últimos años de los tensiómetros automáticos domiciliarios. Respecto al enfoque diagnóstico, lo más llamativo es la escasa evaluación del fondo de ojo a pesar de ser una exploración sencilla, menos costosa y que aporta información más relevante en este caso que la mayoría de las múltiples pruebas complementarias solicitadas. También destaca que sólo una tercera parte de los facultativos realizó una exploración neurológica, a pesar de que los síntomas más frecuentes fueron mareo y cefalea. En cuanto al tratamiento, como en otros estudios, el fármaco más utilizado fue captopril, siendo la vía oral la de primera elección, lo que coincide

con las últimas recomendaciones en la literatura¹. Nifedipino fue empleado en cuarto lugar en frecuencia, en su mayoría por vía oral, lo que parece reflejar el abandono de su uso especialmente sublingual, de acuerdo con las recomendaciones de varios autores⁷. No se siguieron las recomendaciones del VII-JNC en cuanto a modificar o iniciar tratamiento antihipertensivo al alta, pero sí en cuanto a la indicación de acudir a su médico de Atención Primaria para seguimiento y tratamiento.

Bibliografía

1. National High Blood Pressure Education Program. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. JAMA. 2003;289:2560-72.
2. Vidt GO. Emergency Room Management of Hypertensive Urgencies and Emergencies. J Clin Hypertens. 2001;3:158-64.
3. The fifth report of the Joint National Committee on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure (JNC V). Arch Intern Med. 1993;153:154-83.
4. Zampaglione B, Pascale C, Marchisio M, Caballo-Perin P. Hypertensive Urgencies and Emergencies. Hypertension. 1996;27:144-7.
5. Rodríguez Cerrillo M, Mateos Hernández P, Fernández Pinilla C, Martell Claros N, Luque Otero M. CH: prevalencia y aspectos clínicos. Rev Clin Esp. 2002; 202:255-8.
6. Sobrino J, Coca A, de la Sierra A, Closas J, Aguilera MT, Urbano Marquez A. Prevalencia, formas clínicas de presentación y tratamiento de la HTA en una unidad de urgencias. Rev Clin Esp. 1990;187:56-60.
7. Gemici K, Baran I, Bakar M, Demircan C, Ozdemir B, Cordan J. Evaluation of the effect of the sublingually administered nifedipine and captopril via transcranial doppler ultrasonography during hypertensive crisis. Blood Press. 2003;12:46-8.