

¿Qué hacer en el manejo del hipertenso severo?

Javier Martínez

En todo paciente con tensión arterial diastólica superior a 115 mm Hg se debe investigar la causa de la severidad y establecer claramente si presenta una crisis hipertensiva o no, esto con el fin de no excederse en el momento de iniciar el tratamiento. La historia clínica debe aportar información para resolver estas dos inquietudes. En un estudio se informó que había hipertensión arterial (HA) secundaria en 45.2% de los pacientes con HA severa (HAS) (1). Hasta en 32% de los pacientes con HAS el origen es renovascular (2); conocer si la HAS es de aparición reciente da una orientación diagnóstica hacia esta entidad (3). Es posible que la severidad sea debida a falta de adherencia al tratamiento (3, 4) o a que la cantidad de droga que recibe es insuficiente (4), bien sea por efectos secundarios intolerables o por una dosis baja.

El uso simultáneo de dos inhibidores de acción central (3) (clonidina y metildopa), o de un β -bloqueador y un inhibidor de la enzima convertidora

o de un calcio-antagonista y un diurético(5), pueden explicar la dificultad en el control de la HAS. La sobrecarga de volumen es un factor que amerita precisarse, y es consecuencia de una terapia diurética insuficiente, ingesta excesiva de sodio (3, 4) o daño renal progresivo (3). La lista de fármacos que aumentan la presión arterial es amplia y debe revisarse en pacientes con HAS: anticonceptivos orales (4), esteroides (3), AINEs (3, 4), descongestionantes nasales (3), fenilpropanolamina (6), antidepresivos tricíclicos (3, 4), inhibidores de la monoaminoxidasa, fenotiacinas, ciclosporina y amins simpaticomiméticas (3).

La reducción aguda de la HAS a valores normales disminuye el flujo plasmático renal y la filtración glomerular (7-10), indicando que las cifras de presión arterial normal están por debajo de los niveles inferiores de la autorregulación renal en los pacientes con HAS (7). Similar a lo que sucede con la circulación cerebral (11). En el momento de hacer el abordaje terapéutico debe haber claridad para diferenciar entre HAS y crisis hipertensiva. La HAS

Dr. Javier Martínez: Internista Nefrólogo, Jefe del Servicio de Nefrología, Hospital san Pedro. Pasto.

amerita tratamiento inmediato y, con algunas excepciones, el enfoque inicial es similar al del paciente corriente con HA (3).

Debe insistirse en la reducción de peso y la restricción del alcohol (3). Puede haber respuesta a un medicamento, pero la adición de otro en un lapso menor es posible si no ha habido control (3). Cuando la tensión arterial diastólica es superior a 130 mm de Hg el manejo es intrahospitalario y no hay objeción para iniciar con varios fármacos simultáneamente (3). La dosis máxima de algunos de ellos puede excederse, sin olvidar que aumenta la probabilidad de efectos colaterales (3). Toda asociación de tres drogas antihipertensivas debe incluir un diurético (12). Pueden necesitarse fármacos más potentes como el minoxidil (3). En pacientes que ya están recibiendo múltiples medicamentos, se puede intentar una reducción lenta y progresiva de ellos, permitiéndole al médico una reevaluación de la enfermedad e iniciar un nuevo esquema terapéutico (13).

REFERENCIAS

1. **Maniere D.** Soixante-seize cas d'hypertensions accélérées ou malignes parmi 4191 hypertendus: Caractéristiques et évolution (thesis). Paris: 1988.
 2. **Davis BA, Crook JE, Vestal RE, et al.** Prevalence of renovascular hypertension in patients with grade III or IV Hypertensive retinopathy. *N Engl J Med* 1979; **30**: 273-276.
 3. Joint National Committee on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. 1988 Report. *Arch Intern Med* 1988; **148**: 1928.
 4. Weidman P. Hipertensión esencial, renal y endocrina. En: Massry SG, Glasscock RJ, eds. Nefrología. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1985: 1010-1070.
 5. **Chatellier G, Menard J, Lang T, et al.** Drug-resistant hypertension. *Adv Nephrol* 1990; **19**: 101-116.
 6. **Kaplan NM.** Hipertensión Arterial. En: Stein JH, ed. Medicina Interna. Barcelona: Salvat Editores, S. A., 1987: 573-590.
 7. **Almeida JB, Saragoza MA, Tavares A, et al.** Severe hypertension induces disturbances of renal autoregulation. *Hypertension* 1992; **19** Suppl II: 279-283.
 8. **Higa EMS, Rosenkranz A, Boin MA, et al.** Renal hemodynamics in spontaneously hypertensive rats with superficial glomeruli. *J Hypertens* 1986; **4** Suppl 3: 379-381.
 9. **Iversen BM, Seske I, Andersen KJ, Ofstad J.** Autoregulation of renal blood flow in two-kidney, one-clip hypertensive rats. *Am J Physiol* 1986; **251**: F245-F250.
 10. **Iversen BM, Seske I, Ofstad J.** Resetting of renal blood flow autoregulation in spontaneously hypertensive rats. *Am J Physiol* 1987; **252**: F480-F486.
 11. **Strandgaard S, Olsen J, Skinhoj E, Lassen NA.** Autoregulation of brain circulation in severe arterial hypertension. *Br Med J* 1978; **1**: 507-510.
 12. **Ramsay LE, Silas JH, Freestone S.** Diuretic treatment of resistant hypertension. *Br Med J* 1980; **281**: 1101-1103.
 13. **Laragh JH, Pickering TG.** Essential hypertension. In: Brenner BM, Rector FC Jr, eds. The Kidney. Philadelphia: WB Saunders Company, 1971: 1909-1939.
-