

PROCOLO DE MANEJO DE LA TENSIÓN ARTERIAL

La hipertensión arterial durante la fase aguda del ictus es frecuente y puede deberse a diversas circunstancias que deben valorarse y/o tratarse antes de iniciar el tratamiento antihipertensivo:

- El stress asociado al hecho de enfermar.
- El dolor que acompaña al proceso.
- La aparición de una retención urinaria.
- La existencia de HTA como enfermedad de base.
- La respuesta fisiológica del organismo ante la hipoxia cerebral o el aumento de la presión intracraneal.

CUANDO USAR ANTIHIPERTENSIVOS

En general el uso de antihipertensivos en el ictus agudo debe restringirse a aquellos casos en los que a pesar de mantener al enfermo en decúbito supino y tranquilo persisten cifras de TA sistólica por encima de 200 mmHg y/o 120 mmHg de diastólica si se trata de un Ictus isquémico o 180 mmHg y/o 105 mmHg de diastólica si se trata de un Ictus hemorrágico, en dos tomas separadas al menos 5-10 minutos. La evidencia de los estudios que aún no están concluidos o publicados indican la actuación cada vez con unas cifras tensionales más bajas, entorno a 180/105.

FÁRMACOS A UTILIZAR

Los antihipertensivos de elección son aquellos de duración de acción corta, que producen un descenso de la TA lento y gradual (inferior al 20%) y con mínimo efecto sobre los vasos cerebrales.

Utilizaremos, preferiblemente por vía oral, y evitaremos en todo caso la vía sublingual, Labetalol (50-100 mgr), Captopril (25-50 mgr) o Enalapril (5-20 mgr), Nicardipino (20-30 mgr). El Labetalol está contraindicado en casos de asma, insuficiencia cardiaca, bradicardia grave y bloqueo AV de 2º o 3º grado. La dosis inicial es de 50mg en ancianos y 100 mg en adultos jóvenes cada 12 horas, puede aumentarse hasta 400mg cada 12 horas, para conseguir el control tensional.

La utilización de antihipertensivos intravenosos está justificada en los casos en que no pueden administrarse por vía oral y/o si existe una emergencia hipertensiva:

- Sangrado activo cerebral.
- Infarto de miocardio.
- Edema agudo de pulmón.
- Disección aórtica.
- Insuficiencia renal aguda secundaria a HTA acelerada.

Utilizaremos los siguientes fármacos por vía parenteral.

LABETALOL

Dos alternativas:

1. Bolos de 10 -25 mg (5ml) a pasar en 1 o 2 minutos. Se puede repetir la dosis cada 10-20 minutos, hasta respuesta satisfactoria.
2. Infusión: comenzar con 2 mgr/min (2 ml/min), (Máx 10 mgr/min) hasta respuesta satisfactoria.
 - La dosis máxima total : 300-400 mg.
 - Si se necesitase administrar más de 3 bolos de 25 mgr y la TA sigue sin ser controlada,

puede iniciarse la siguiente pauta:

- Labetalol 100 mgr en 100 ml de S.Fisiológico en 30 minutos/6-8 horas.
- Si no hay respuesta, comenzar con perfusión de nitroprusiato.

Tras control de TA con una u otra pauta continuar con dosis de 50-100 mg cada 6-8 horas según necesidades.

URAPIDILO (ELGADIL®)

Como alternativa al Labetalol, en caso de contraindicación.

1. Se inicia con 10-50 mgr (se recomienda 25 mgr) iv en bolus lento repetible a los 5 minutos si no hay control seguido de perfusión de mantenimiento de 4-8 mgr/h iv.

NICARDIPINO

Alternativa oral e iv. a los mencionados anteriormente según la disponibilidad de cada centro.

1. Se inicia con 20 mgr v.o. c/ 8 h, pudiendo subir la dosis si fuera necesario a 30 mgr 3 veces al día al cabo de 3 días, o 40 mgr en el caso de la formulación de liberación sostenida c/12 o c/8 horas.
2. En el caso de intolerancia oral, se puede utilizar en perfusión iv a razón de 3-15 mg/h, con una dosis máx de 15 mg/h.

NITROPRUSIATO SODICO

En caso de que los anteriores no consigan controlar las cifras de TA o estén contraindicados. Debe evitarse en los casos en que exista hipertensión intracraneal, puesto que la aumenta.

1. Comenzar con 5-10 ml/h (0.15-0.3 mgr/Kg/min)
2. Aumentar 5 ml/h (10mgr/min) cada 5 minutos hasta TA diastólica < 140.
3. Dosis máxima de 333ml/h (10 mgr/Kg/min)
4. Monitorización cada 5 minutos de TA durante la infusión de Nitroprusiato sódico y vigilar la hipotensión arterial.
5. Tras conseguir el control de la TA continuar con Labetalol o Urapidil.

HIPOTENSIÓN ARTERIAL

La hipotensión arterial durante la fase aguda del ictus es excepcional. Si aparece debe buscarse una causa. La depleción de volumen es la más habitual, en cualquier caso deben descartarse procesos asociados: infarto agudo de miocardio, hemorragia digestiva, disección aórtica o embolia pulmonar. La corrección de la hipovolemia y la optimización del gasto cardiaco son prioritarios en esta fase. Utilizaremos soluciones cristaloides para la corrección de la volemia y fármacos vasopresores si es necesario. Se debe mantener las cifras de tensión por encima de 110 mmHg de sistólica y 70 mmHg de diastólica, ya que por debajo de estas cifras, se ha demostrado que los ictus tienen peor pronóstico vital y funcional.