

Editorial

El descenso brusco de la presión arterial: un mecanismo frecuente de ictus en hipertensos

En los sujetos normales, el flujo sanguíneo cerebral se mantiene normal en un rango de presión arterial (PA) amplio, que oscila entre 50 y 150 mmHg de PA media. Esto sucede gracias a un mecanismo de autorregulación que produce vasoconstricción en respuesta a incrementos de la PA y vasodilatación al disminuir esta.

En la hipertensión crónica, la curva de autorregulación se desvía a la derecha, por lo que cifras de PA en rangos de normotensión pueden causar hipoperfusión cerebral. La caída brusca de la PA, provocada por la administración de anticálcicos y otras drogas por vía sublingual, así como dosis elevadas de diuréticos por vía parenteral, puede provocar un infarto cerebral, que afecta, especialmente, el territorio de límite o frontera de las arterias cerebrales.

En los pacientes con un ictus isquémico agudo, el tejido afectado pierde completamente la capacidad de autorregular su flujo sanguíneo, por lo que la presión arterial constituye el principal determinante del flujo sanguíneo cerebral. La reducción de la PA en estos casos, comprometerá más el flujo sanguíneo regional en el área isquémica, cuyos vasos no pueden dilatarse; mientras que la vasodilatación que ocurre en el parénquima cerebral normal, produce un robo de sangre desde las regiones hipoperfundidas hacia las zonas no afectadas, lo que se ha llamado efecto de Robin Hood invertido, pues las regiones con mejor flujo sanguíneo le roban sangre a las más necesitadas.

En la mayoría de los pacientes con ictus agudo, la hipertensión arterial no debe recibir tratamiento, pues es un fenómeno reactivo que tiende a la normalización durante la primera semana de evolución. Se recomienda tratar con hipotensores si la PA sistólica es mayor de 220 mmHg o la diastólica mayor de 120 mmHg en el ictus isquémico y de 185/105 en el hemorrágico, mientras que si el paciente va a recibir trombólisis, el límite permitido de PA es 185/110. Se usarán fármacos con efecto predecible y no brusco y que no reduzcan la presión de perfusión. Algunas situaciones pueden requerir tratamiento urgente y constituyen excepciones a la regla general la encefalopatía hipertensiva, el infarto agudo de miocardio, la disección aórtica y el edema agudo de pulmón. La reducción de la PA no debe ser demasiado drástica, ni siquiera en estos casos. Antes de iniciar un tratamiento medicamentoso intenso hay que revisar algunas situaciones como dolor, globo vesical, fiebre, ansiedad, hipertensión intracraneal, estrés y otras que pueden favorecer la hipertensión.

Recientemente, las técnicas para el monitoreo ambulatorio de la presión arterial han permitido reconocer que el patrón de dipper acentuado, con caída mayor del 20 % de la PA durante el sueño pudiera tener

una relación causal específica con enfermedad cerebrovascular y lesión de la sustancia blanca mediada por hipoperfusión cerebral en pacientes hipertensos.

El médico debe estar atento a los factores farmacológicos (hipotensores) y no farmacológicos (sueño, pérdida de líquidos corporales), que producen caída brusca de la PA en sus pacientes hipertensos, una intervención oportuna puede evitar el desarrollo de ictus isquémicos. En aquellos con ictus agudo, se deben aplicar las pautas para la atención de la PA señaladas arriba.

Dr. *Jesús Pérez Nellar*
Especialista de II Grado en Neurología
Hospital Clínicoquirúrgico "Hermanos Ameijeiras"
Servicio de Neurología,