

## **USO Y ABUSO DEL NIFEDIPINO POR VÍA SUBLINGUAL EN NUESTROS SISTEMAS DE URGENCIA**

*Nancy Guinart Zayas,<sup>1</sup>*

**RESUMEN:** Se observa que el incremento de la prevalencia de pacientes hipertensos en nuestras comunidades, y la implantación del Programa Nacional para el control de la hipertensión arterial, no han podido disminuir la cantidad de pacientes que acuden con cifras altas de su presión arterial a nuestros servicios de urgencia con decisiones terapéuticas indiscriminadas y agresivas. Se ha generalizado el uso del nifedipino sublingual, incluso en pacientes de la tercera edad, lo que produce bajadas bruscas de la presión arterial por disminución en la sensibilidad de los barorreceptores y con ellas una alteración de los mecanismos de autorregulación del flujo hístico. Se señala que las complicaciones producidas no son alarmantes, pero con un uso racional y si se cumplen algunas normas, podrían disminuirse aún más.

**Descriptores DeCS:** NIFEDIPINA/uso terapéutico; SERVICIOS MEDICOS DE URGENCIA; ADMINISTRACION SUBLINGUAL; UTILIZACION DE MEDICAMENTOS; HIPERTENSION/QUIMIOTERAPIA.

En el momento actual, al ponerse en práctica nuestro Programa Nacional para la Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión arterial, el porcentaje de la población hipertensa diagnosticada y tratada ha aumentado considerablemente, y en los últimos 5 años comenzamos a considerar la disminución de algunas incidencias de complicaciones graves, como hipertensión maligna, hemorragia cerebral y episodios de insuficiencia cardíaca. A pesar de todo esto, en nuestros sistemas de urgencia de atención primaria y también en la atención secundaria, son atendidas diariamente personas con cifras elevadas de presión arterial.

En la mayoría de los casos se trata de pacientes hipertensos con cifras iguales o superiores a 120 mmHg de presión diastólica (PAD), totalmente asintomáticos, y la decisión terapéutica debería consistir en modificar los hábitos de conducta, revisar la adicción al fármaco e introducir los medicamentos hipertensores necesarios para controlar la presión arterial (PA) lentamente, en lugar de administrar fármacos por vía sublingual o parenteral para descender rápidamente la PA por debajo de 160/100 mmHg, aunque en las próximas horas retornen a sus cifras basales.

En un porcentaje menor que 1 %<sup>1</sup> las cifras elevadas de PA se acompañan de sín-

---

<sup>1</sup> Especialista de I Grado en Medicina Interna. Jefa del Departamento de Medicina General Integral de la Facultad de Ciencias Médicas "General Calixto García". Asistente de Medicina Interna de la Facultad de Ciencias Médicas "General Calixto García". Ciudad de La Habana.

tomas o repercusión orgánica, lo que hace que el diagnóstico corresponda a una crisis o emergencia hipertensiva.<sup>2,3</sup> Se consideran como crisis o urgencias hipertensivas las siguientes situaciones: a) una elevación de la PAD superior a 130 mmHg en pacientes asintomáticos o 120 mmHg si se acompaña de síntomas inespecíficos; b) hipertensión malignizada sin síntomas neurológicos ni cardíacos; c) hipertensión severa en el seno de cirugía; y d) rebote hipertensivo por supresión de hipertensores. Las diferentes situaciones clínicas que pueden ser motivos de emergencias hipertensivas se relacionan a continuación:

- Encefalopatía hipertensiva.
- Hipertensión maligna (HM) en situación crítica.
- Accidente cerebrovascular agudo.
- Insuficiencia cardíaca congestiva.
- Cardiopatía isquémica.
- Aneurisma disecante de la aorta.
- Crisis paroxística del feocromocitoma.
- Eclampsia.

En estas circunstancias el control de la PA deberá hacerse con la mayor rapidez posible, y es necesario el uso de fármacos por vía parenteral.

En los últimos años han aparecido medicamentos más potentes, de acción rápida y de manejo aparentemente inócuos (nifedipino, captapril y enalapsil). Con el nifedipino, el descenso de la PA es muy rápido, lo cual suele ser muy gratificante para el médico. Este tipo de tratamiento ha aumentado de forma desproporcionada y se estima que el 80 % de las indicaciones de nifedipino sublingual no son necesarias, y que hay que valorar sus indicaciones y los riesgos-beneficios de esta actitud.

Cuando el nifedipino es administrado por vía sublingual o digestiva, es efectivo

en los primeros 5 a 10 min, con una acción máxima a los 60 min. La absorción del fármaco por vía sublingual no es segura y en estudios comparativos, donde se usa la vía sublingual o digestiva, la absorción a través del aparato digestivo es mayor.<sup>4</sup> (Besser HA. Hypertensive emergencies: advances in diagnosis and treatment. Presented at the American College of Emergency Physicians Scientific Assembly, Washington DC, 1989.)

En las personas mayores se produce una disminución en la sensibilidad de los barorreceptores y con ello una alteración en los mecanismos de autorregulación del flujo hístico. Una disminución de la presión de perfusión puede desencadenar en estas circunstancias un empeoramiento de la perfusión cerebral y/o miocárdica.<sup>5-7</sup>

No es, por tanto, recomendable su uso en pacientes con antecedentes de infarto agudo o con cambios electrocardiográficos en la onda ST que sugieran isquemia. Tampoco se debe administrar por vía sublingual a pacientes con clínica o antecedentes de accidente cerebrovascular, pues el descenso de la PA no es predecible, ni tampoco fácilmente reversible.

Este mecanismo no es solamente específico del nifedipino, sino que se puede lograr con la elaboración de fármacos que producen vasodilatación arteriolar de forma muy rápida.

No está definida una cifra óptima de descenso de la PA, y dependerá en cada caso de la situación clínica de cada paciente. Como norma general se aconseja un descenso del 25 % de las cifras basales.

Por todo lo anteriormente razonado y teniendo en cuenta que la atención de urgencia se ve reverdecida y en auge con el surgimiento de los policlínicos principales de urgencia de la atención primaria y también los consultorios que brindan este servicio, aconsejamos seguir las siguientes normas:

1. Diferenciar entre cifras elevadas de PA de forma aislada o auténticas crisis o emergencias hipertensivas.
2. Iniciar el tratamiento con un solo fármaco, según las necesidades de cada paciente y con la dosis mínima, que se irá aumentando según la respuesta obtenida.
3. Comunicarse con el paciente de forma prolongada, investigando adhesión al fármaco, transgresión de estilos de vidas saludables o aconsejados. Recomendar y aplicar técnicas de relajación.
4. Monitorizar la PA, la frecuencia cardíaca y el nivel de conciencia

A pesar del uso tan indiscriminado que se ha hecho con el nifedipino, sus complicaciones no son tan altas y se podrían disminuir si se tienen en cuenta las normas anteriores. Si insiste en utilizarlo, administre la tableta o cápsula por vía oral, tragándola, para evitar una acción excesivamente rápida.

**SUMMARY:** It is observed that the prevalence increase of hypertensive patients in our communities and the implementation of the National Program for the Hypertension Control have not so far been able to reduce the number of hypertensive patients going to our emergency medical services by applying indiscriminate and aggressive therapeutical methods. The use of sublingual administered nifedipine is extensive even in elderly patients, which may cause a sharp blood pressure drop and also a change in the hystic flow self-regulating mechanisms. It is stressed that complications are not serious but if this drug is more rationally used and some directions are fulfilled, then these complications will be further reduced.

Subject headings: **NIFEDIPINE/therapeutic use; EMERGENCY MEDICAL SERVICES; ADMINISTRATION, SUBLINCUAL; DRUG UTILIZATION; HYPERTENSION/drug therapy.**

### **Referencias bibliográficas**

1. Calhoun DA, Oparil S. Treatment of hypertensive crisis. *N Engl J Med* 1990;323:177-83.
2. Alcázar JM, Campo C, Ruilope LM, Rodicio JL. Hipertensión arterial maligna. En: Rodicio JL, Romero JC, Ruilope LM, eds. Tratado de hipertensión. Estudio de las enfermedades cardio-vasculares, 1993:491.
3. Campo C. Crisis y emergencia hipertensiva En: Alcázar JM de Tomas de decisiones en Hipertensión. Madrid: Idepsa, 1993:200.
4. McAllister RG Jr. Kinetics and dynamics of nifedipine after oral and sublingual doses. *Am J Med*;1981(Suppl 6A):2-5.
5. O'Maila JI, Sander GE, Giles TD. Nifedipine associated myocardial ischemia or infarction in the treatment of hypertensive urgencies. *Ann Intern Med* 1990; 150:686-7.
6. Isles Cg. Management of hypertensive crisis. *Scott Med* 1995;40:23-5.
7. Fong L, Phes Pdersen OL. Hypertensive Kriser 2. Behanding. *Ugeskr Lalger* 1995; 157(7):140-7.

Recibido: 27 de octubre de 1997. Aprobado: 21 de noviembre de 1997.

Dra. *Nancy Guinart Zayas*. Escobar No. 510 apto. 3, entre Zanja y Salud, Centro Habana, Ciudad de La Habana, Cuba.