



Manejo de la presión arterial en la hemorragia intracerebral espontánea

Nuevas recomendaciones **ESO/EANS** sobre el ictus por hemorragia intracerebral (HIC) espontánea



Durante el 11° *European Stroke Organisation Conference (ESOC)*, realizado en Helsinki, Finlandia, del 21 al 24 de mayo de 2025, se presentó oficialmente la nueva guía de la *European Stroke Organisation (ESO)* y la *European Association of Neurosurgical Societies (EANS)* sobre el ictus por HIC espontánea.¹



Las nuevas recomendaciones fueron publicadas simultáneamente en la revista científica *European Stroke Journal*.¹

Manejo de la presión arterial (PA) en pacientes con HIC



La elevación de los niveles de PA es común en pacientes con HIC y se asocia con mayor riesgo de expansión del hematoma, mortalidad y peor pronóstico funcional.²



La reducción de la PA en la HIC aguda tiene como objetivo principal limitar la expansión del hematoma y prevenir el deterioro clínico.¹



La nueva guía ESO/EANS establece recomendaciones basadas en consenso de expertos para el abordaje óptimo de la PA en el contexto de HIC espontánea.¹

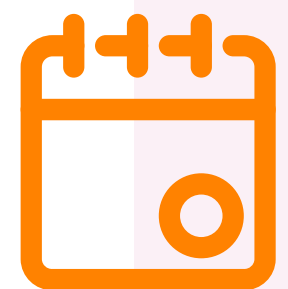
Declaraciones ESO/EANS basadas en consenso de expertos¹

En pacientes con HIC espontánea leve o moderada (volumen del hematoma <30 mL), se sugiere:



Fase Aguda (primeras 6 horas desde el inicio de síntomas):

- Iniciar tratamiento antihipertensivo lo antes posible, idealmente dentro de las primeras 2 horas del inicio de síntomas.¹
- Reducir la PA sistólica (PAS) por debajo de 140 mmHg y minimizar la variabilidad en sus fluctuaciones.¹



Fase subaguda (hasta 7 días después de alcanzar el objetivo de PAS):

- Mantener la PAS por debajo de 140 mmHg.¹

Precauciones

Para adultos con HIC espontánea, se sugiere evitar reducciones de PAS mayores a 70 mmHg respecto al valor basal, así como evitar descensos activos por debajo de 110 mmHg.¹

Se recomienda precaución al tratar PAS muy elevadas (>220 mmHg), especialmente en pacientes con hematomas de gran volumen (>30 mL).¹

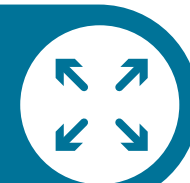
Tratamiento antihipertensivo y expansión del hematoma en HIC espontánea. Análisis de la evidencia disponible¹



La **nueva guía ESO/EANS** presentó los principales hallazgos de un análisis de **14 estudios clínicos aleatorios** (ECA).¹



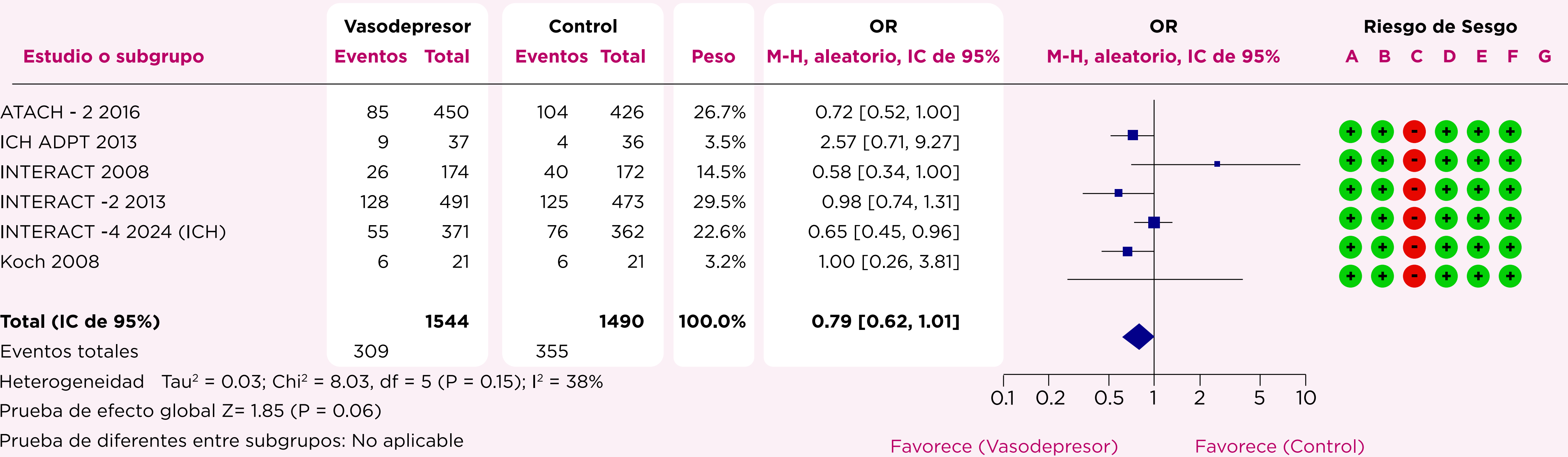
Los ECA compararon **estrategias intensivas de reducción de PA** -basadas en objetivos intensivos o el uso de fármacos antihipertensivos específicos- frente al tratamiento estándar o placebo, en **7,031 pacientes con HIC** evaluados entre **2 y 72 horas** desde el inicio de los síntomas.¹



La **expansión del hematoma** a las 6 y 24 horas se consideró un **desenlace relevante**.¹

La **reducción** de la **PA**, independientemente del tiempo desde inicio de los síntomas, se asoció con una **disminución no significativa en la expansión del hematoma** (OR: 0.79; IC 95%: 0.62-1.01).¹

Efecto de la reducción intensiva de la PA con cualquier fármaco vasodepresor en la expansión del hematoma, en comparación con el tratamiento estándar, en adultos con HIC



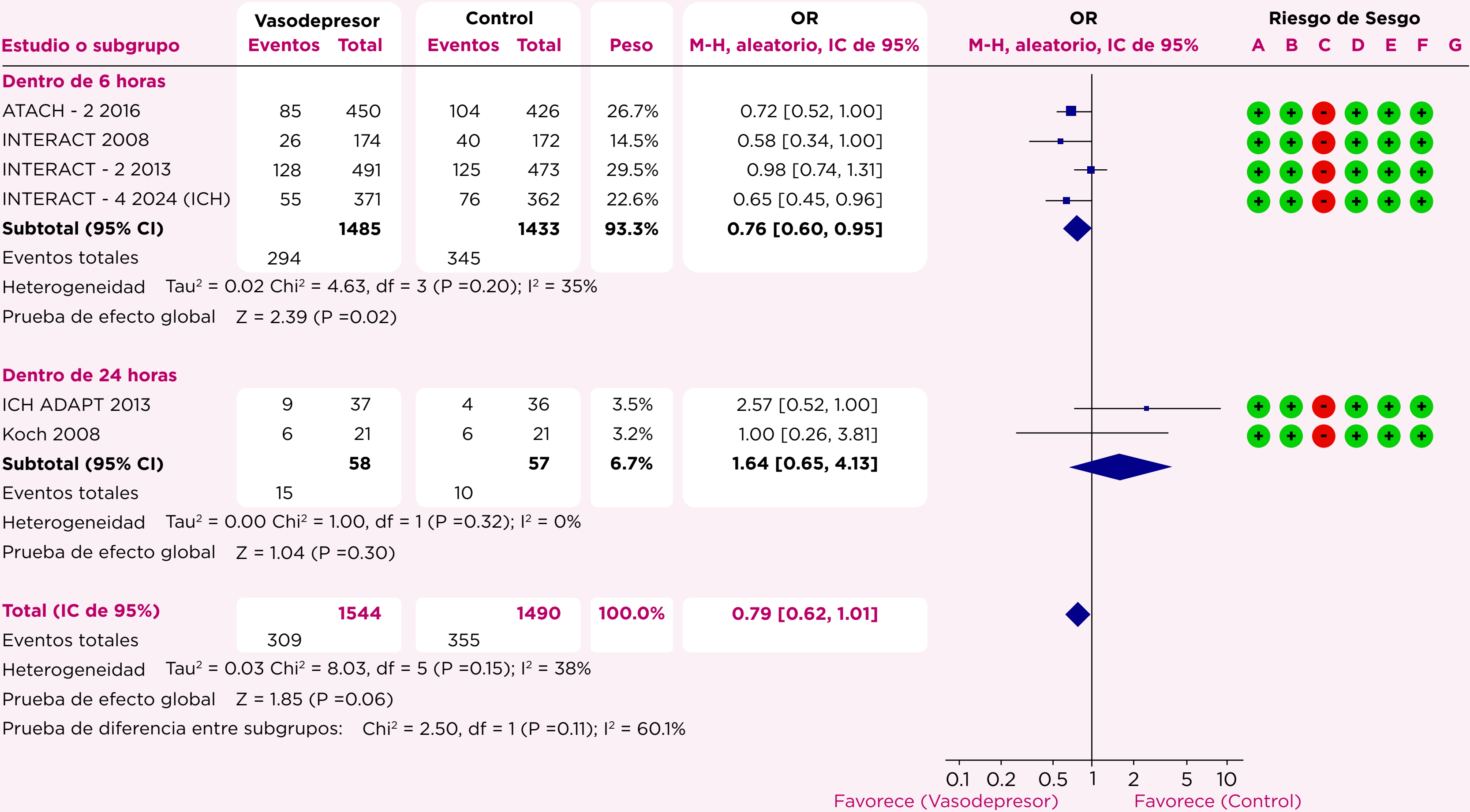
Nota: algunos estudios permitieron el uso de antihipertensivos no vasodepresores¹
Adaptado de Steiner T, et al. Eur Stroke J 2025¹

El inicio del descenso de PA dentro de las primeras 6 horas se asoció con una reducción significativa en la expansión del hematoma (OR: 0.76; IC 95%: 0.60-0.95).¹

Nota: algunos estudios permitieron el uso de antihipertensivos no vasodepresores.¹ Este análisis incluyó estudios que reclutaron pacientes en un plazo menor a 6 horas y aquellos que lo hicieron dentro de las 24 horas (excluyendo los estudios que reclutaron en menos de 6 horas).¹

Adaptado de Steiner T, et al. Eur Stroke J 2025¹

Efecto de la reducción intensiva de la PA con cualquier fármaco vasodepresor sobre la expansión del hematoma en subgrupos estratificados según el tiempo hasta el inicio del tratamiento, en comparación con el tratamiento estándar, en adultos con HIC



Importancia de la variabilidad de la PA¹

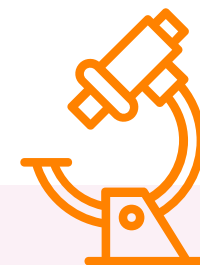
- Una alta variabilidad de la PAS durante la fase aguda de una HIC se asocia con peores desenlaces clínicos.³
- Además de iniciar el tratamiento lo antes posible tras el inicio de los síntomas, análisis exploratorios *post-hoc* y estudios observacionales sugieren que:

- La **reducción sostenida de PAS <140 mmHg** es **segura** y se asocia con **mejores desenlaces funcionales**.¹
- **Reducciones excesivas (>70 mmHg** en la primera hora) pueden **revertir los beneficios** e **inducir eventos adversos**, como falla renal o deterioro neurológico.¹
- Una **reducción de PAS** entre **55-85 mmHg** durante las primeras **2 horas optimiza** el **equilibrio** entre **eficacia y seguridad** en pacientes con **HIC leve a moderada**.¹
- En pacientes con **PAS inicial ≥220 mmHg**, la **reducción intensiva** se asocia con **mayor deterioro neurológico** en 24 h sin reducir la expansión del hematoma ni mejorar el pronóstico a 90 días.¹
- La mayoría de los estudios clínicos se realizaron en pacientes con **hematomas pequeños a moderados** (<30 mL), por lo que la extrapolación a hematomas grandes debe hacerse con cautela.¹

Importancia de la variabilidad de la PA¹



Para lograr una **reducción rápida y sostenida** de la **PA sin** provocar un **descenso excesivo**, las **recomendaciones ESO/EANS** sugieren utilizar **agentes de vida media corta y acción rápida**.¹



Clevidipino, un antagonista de los canales de calcio con vida media de 1.5 minutos, podría ofrecer un **control eficaz y estable** de la **PA**.¹

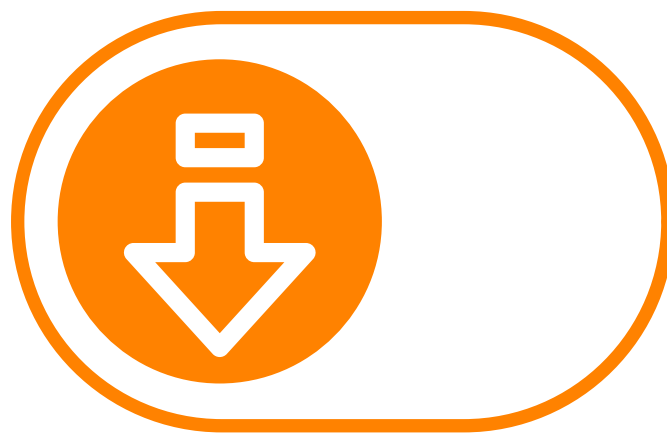


La **eficacia de clevidipino** en comparación con la terapia antihipertensiva estándar para lograr un **control rápido y estable de la PAS** está siendo evaluada en el estudio clínico en curso **CLUTCH**.¹

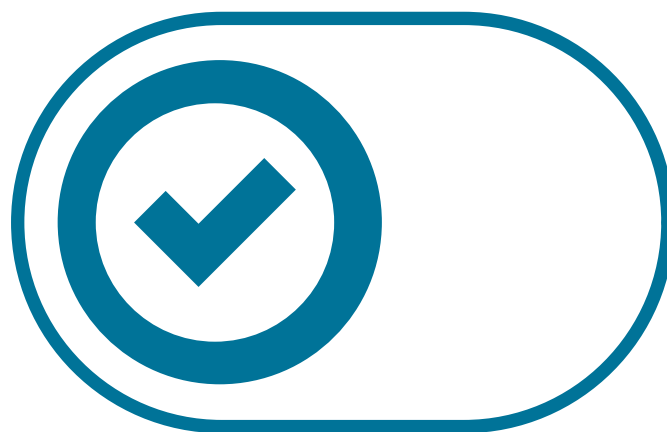
Importancia de la variabilidad de la PA¹



El estudio clínico en curso **CLUTCH** (NCT06402968) evalúa de manera comparativa la **eficacia de clevidipino** de **acción corta** frente a la **terapia antihipertensiva convencional** para el manejo de la **PAS** en pacientes con **HIC**.¹



El **objetivo principal** es **alcanzar y mantener** una **PAS estable** dentro de un **rango terapéutico específico**, definido como valores **menores a 150 mm Hg**, pero **superiores a 130 mm Hg**.¹



Para considerar la **estabilidad**, se requieren **dos mediciones consecutivas adicionales**, registradas con un intervalo mínimo de 15 minutos, que confirmen que la **PAS se mantiene consistentemente** dentro de dicho rango (130-150 mm Hg).¹

Conclusiones



En pacientes con **HIC espontánea**, el **control** de la **PA** es fundamental para **limitar la expansión del hematoma y prevenir la muerte y el deterioro clínico**.¹



Las **nuevas recomendaciones** de consenso **ESO/EANS** para **HIC espontánea leve o moderada** sugieren **reducir la PAS** a **menos de 140 mmHg** dentro de las **2 horas** del inicio de síntomas y **minimizar su variabilidad** para mejorar el pronóstico.¹



Las **recomendaciones ESO/EANS** destacan el uso de **antihipertensivos de acción rápida y corta duración**, como **clevidipino**, cuya **eficacia** en el **control rápido y estable** de la **PAS** está siendo evaluada en el **estudio CLUTCH**.¹

Referencias

1. Steiner T, et al. European Stroke Organisation (ESO) and European Association of Neurosurgical Societies (EANS) guideline on stroke due to spontaneous intracerebral haemorrhage. Eur Stroke J 2025;23969873251340815.
2. Willmot M, et al. High blood pressure in acute stroke and subsequent outcome: a systematic review. Hypertension 2004;43(1):18-24.
3. de Havenon A, et al. Increased Blood Pressure Variability Contributes to Worse Outcome After Intracerebral Hemorrhage. Stroke 2018;49(8):1981-1984.

*Material exclusivo para el profesional de la salud
Aviso No. 2515142002C00821*