

CARACTERÍSTICAS DE LOS PACIENTES CON

CRISIS HIPERTENSIVAS

Autores:

Jesús Javier López Hernández. Enfermero C.S. Pisueña-Cayón Sarón (Cantabria)

**M^a Mercedes Martínez González .Médico de familia C.S.Pisueña-Cayón Sarón
(Cantabria)**

**María Iciar Armentia González. Enfermera C.S. La Vega-Zapatón Torrelavega
(Cantabria)**

Dirección de correspondencia: Jesús Javier López Hernández C.S. Pisueña-Cayón

Bº El Ferial S/N 39560 Sarón

(Cantabria)

Dirección de correo electrónico: jesusjavierlo@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La elevación brusca de la tensión arterial (CRISIS HIPERTENSIVA: definida por elevación de la misma por encima de 180 mmHg de sistólica y 110 mmHg de diastólica) en pacientes previamente diagnosticados de hipertensión arterial, o en pacientes cuya primera manifestación es una elevación brusca, asociada o no a alguna sintomatología, constituye, con relativa frecuencia, una demanda en Atención Primaria.

Una elevación de la tensión arterial, en ausencia de síntomas, rara vez requiere actuación inmediata; sin embargo muchas veces, se tratan elevaciones de la tensión arterial como emergencias hipertensivas, con el riesgo que ello conlleva de hipoperfusión renal, cerebral o cardíaca (1). Se requiere una adecuada selección de estos pacientes, para identificar a la minoría de pacientes que podrían beneficiarse de la reducción aguda de la tensión arterial.

El término crisis hipertensiva se utiliza para definir tanto la urgencia, como la emergencia hipertensiva.(2). Aquellas elevaciones de la tensión arterial $>$ de 180/110 mmHg, deberían incluirse en algunos de los siguientes grupos:

- 1) **Emergencias hipertensivas:** TA $>$ 220/140, que se acompaña de lesión de órgano diana
- 2) **Urgencias hipertensivas,** TA $>$ 180/110, con síntomas (disnea, cefalea..) sin ó con mínimo daño objetivable de órgano diana.
- 3) **Hipertensión arterial severa:** TA $>$ 180/110, sin síntomas y sin evidencia de lesión de órgano diana.

Aunque la hipertensión arterial es muy prevalente en la población, alrededor de 30% , solo aproximadamente el 1% de estos pacientes presentan crisis hipertensivas (2)(3).

La elevación severa de la TA, y las crisis hipertensivas son reflejo de un pobre control, bien por parte de los profesionales sanitarios, o bien por incumplimiento terapéutico de los paciente siendo ésta la causa mas frecuente de aparición de crisis hipertensivas y de ahí la importancia de la detección desde atención primaria de los pacientes con pobre adherencia al tratamiento.

Los OBJETIVOS del presente trabajo son:

- 1) Determinar características de los pacientes con crisis hipertensivas, en base a edad, sexo, IMC, diagnóstico previo, tratamientos seguidos.
- 2) Determinar tipos de tratamientos utilizados en las crisis
- 3) Determinar si las historias clínicas cumplen unos requisitos mínimos de calidad, en cuanto a exploraciones y pruebas complementarias realizadas.
- 4) Tiempo transcurrido hasta la siguiente toma de TA en consulta.
- 5) Cuantificar número de pacientes que requirieron derivación al segundo nivel asistencial.
- 6) Identificar tipo de profesional que realizó el diagnóstico.
- 7) Identificar pacientes en que se descendió la TA por debajo del 20%, considerado como de riesgo

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisaron 56 historias de pacientes que habían sido diagnosticados de crisis hipertensivas. Los pacientes pertenecen al C. S. Pisueña-Cayón (Cantabria), un área rural, que atiende a 10.000 habitantes, de los cuales 2160 están diagnosticados de HTA .

Se pidió a los sanitarios, que atienden a estos pacientes, médicos y enfermeros, tanto de atención primaria, como del servicio de urgencias, que reportasen los pacientes atendidos en el último año, con el diagnóstico de crisis hipertensiva, puesto que en el sistema informático utilizado en atención primaria (OMI-AP) no existe el diagnóstico de crisis hipertensiva.

Se consideró crisis hipertensiva, aquellas elevaciones de la TA > 180/110 MmHG.

Se determinó edad, sexo, IMC, historia de HTA previa, fármacos previos a la crisis, si existía buen control en aquellos que eran hipertensos en base, si las 2 últimas tomas de TA en la consulta eran iguales o inferiores a 140/90 mmHg. Se determinó así mismo la TA en la crisis, el tipo de medicación utilizada, si existía registro de TA al alta, y sus cifras, así como si se realizó modificación en el tratamiento habitual.

Exploración física: si constaba auscultación cardiaca, fondo de ojo, y exploración neurológica.

Si existían síntomas asociados (epixtasis, cefalea, dolor precordial, mareo,

nausea, o alteraciones visuales)

Se determinó, si se había realizado ECG o tira de orina.

Si se había derivado al hospital.

Se determinó el tiempo , en días, desde el alta, hasta la siguiente toma de Tensión arterial.

Para el tratamiento de los datos se ha utilizado el paquete estadístico

SPSS v.15

RESULTADOS

El 50,9% eran hombres. La media de IMC era de 29 . La media de edad fue

de 65 años (Fig.1) El 68% de los pacientes estaban diagnosticados

previamente de HTA, de estos el 70%, estaban en tratamiento con IECA ó

ARA II, el 66,7 con diuréticos, el 14% con betabloqueante, el 5,6% con

alfabloqueante y el 6,1% con calcioantagonista. El 22%, estaban con un solo

fármaco, el 28% con 2, el 11% con 3. y solo el 1,9% con 4 . (Fig. 2)

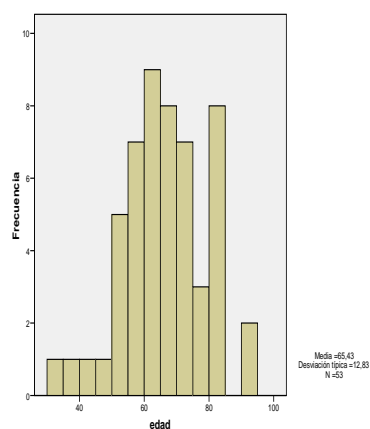


Fig. 1

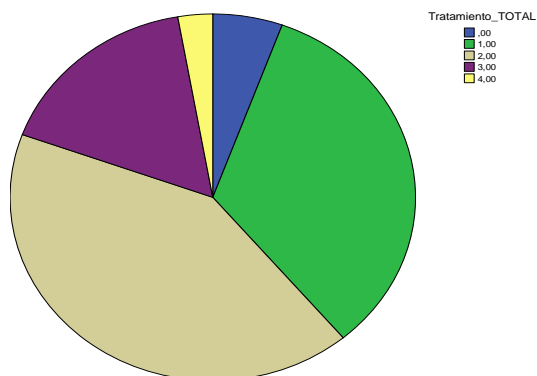


Fig.2

Respecto al control de la tensión arterial en la consulta, de los que estaban diagnosticados de HTA previa a la crisis, el 52,1% tenían buen control.

Los fármacos usados en la crisis : 90,6% IECA, 22,6% diuréticos y 13,2% ansiolíticos. En ninguna de las crisis estudiadas se utilizó calcioantagonistas o betabloqueantes.

En el 69,2% a raíz de la crisis, se modificó el tratamiento en los que tenían HTA previa o en los que debutaron con crisis sin tener HTA anteriormente.

En cuanto al registro de datos durante la crisis:

73,6% no tenían registrada auscultación cardiaca

No había registrado fondo de ojo en ninguno

94,3% no tenían exploración neurológica

15,1% se realizó ECG

Se derivaron al hospital 7 pacientes (13,2%) .

Respecto a quien hizo el diagnóstico de la crisis el 43,4% fue el servicio de urgencias, el 28,5% el enfermero del paciente y el 28,3 su propio médico de atención primaria.

El 75,5% tuvo síntomas : el 79,2% epistaxis,66% cefalea, 9,4% dolor precordial, 17% nauseas y el 15 % alteraciones visuales. En la (Fig.3), se expresa el porcentaje de pacientes sin síntomas o aquellos que presentaron mas de 1 síntoma

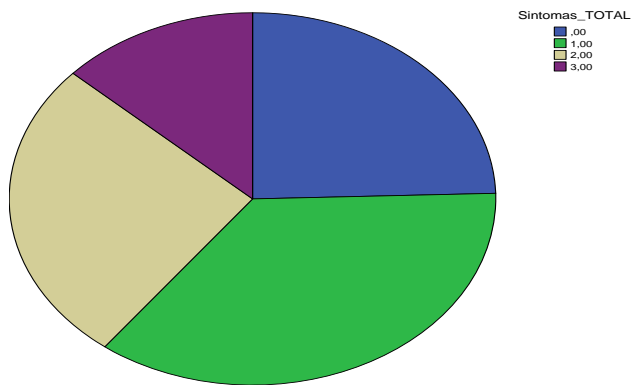


Fig 3

No constaba la tensión arterial al alta, tras la crisis hipertensiva, en el 15% de las historias.

La media de presentación de la tensión arterial sistólica al inicio fue de 200,2 mmHg, y la diastólica de 112,4 mmHG.

En el 22% de los pacientes se descendió la tensión arterial sistólica por debajo del 25% de la inicial, y el 18% en la diastólica (Fig. 4 y 5).

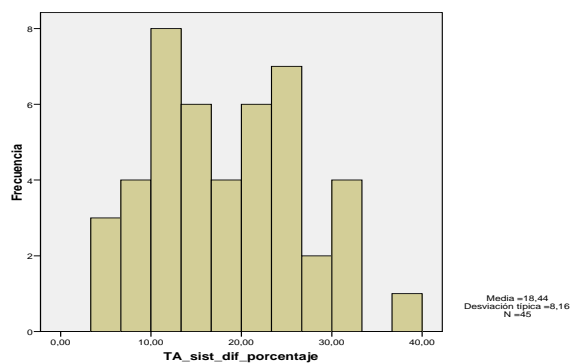


Fig. 4

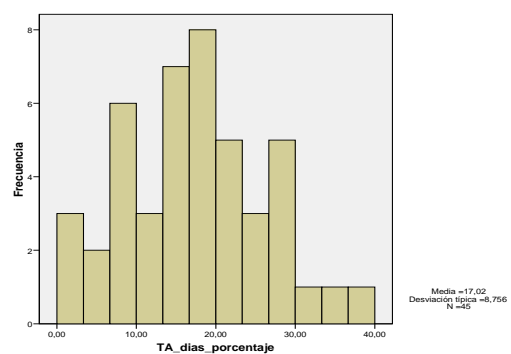


Fig 5

La media de tensión arterial sistólica al alta fue de 162,7 mmHg, y la diastólica 93 mmHg.

El tiempo desde el alta hasta la nueva toma de tensión arterial fue de 4 días.

DISCUSIÓN

Las crisis hipertensivas no son una entidad rara en atención primaria y, además, en nuestro trabajo el 32% de los pacientes no estaban diagnosticados de hipertensión arterial. Llama la atención con respecto a otros estudios este porcentaje tan alto, cuando en la mayoría de los estudios solo el 10% de los pacientes recibidos con un cuadro de crisis hipertensiva no se sabían hipertensos previamente;(1) de aquí la importancia de la correcta actuación en la misma, y de lograr el máximo grado de adherencia al tratamiento.

Lo mismo nos ocurrió con la media de edad de presentación de la crisis, que fue de 65 años, siendo en la mayoría de los estudios de alrededor de 55 años

Así mismo a raíz de la crisis se modificó el tratamiento, en la mayoría de los pacientes o se inició en aquellos pacientes que no habían sido diagnosticados previamente de HTA.

En nuestro trabajo, el registro de la exploración física, y las pruebas complementarias, era muy deficiente, casi en el 75% no constaba la exploración física (auscultación cardíaca, exploración neurológica), ningún paciente tenía hecho una tira de orina, una mínima parte (15%) tenía realizado un ECG, y un 15% así mismo no tenía registrada la TA al alta, a pesar de haber sido tratado con fármacos. Con ello no descartamos que se

hubiera realizado, pero no había constancia en la historia del paciente.

Con estos datos , es difícil diagnosticar que pacientes tenían lesión de órgano diana.

En todos los casos se trató a los pacientes con medicación, y en el 22 % y 18% se consiguieron reducciones por debajo de 25%, para tensión arterial sistólica y diastólica respectivamente , que puede que exceda la capacidad autorreguladora de la circulación cerebral, pudiendo considerarse como inseguro, con riesgo de producir una isquemia y consecuentemente ictus , o hipoperfusión coronaria (1)(4).

En atención primaria , se tiende a sobreestimar el beneficio y subestimar el riesgo de bajada de la tensión arterial, por lo tanto la tensión arterial debe bajarse, cuando se cree que hay una razón que pueda suponer un beneficio.

En este trabajo , queremos destacar la importancia de la enfermería en el diagnóstico y manejo de las crisis hipertensivas, ya que en nuestro estudio el porcentaje de diagnóstico es similar al del médico (28%). Además, consideramos que se debe alentar al colectivo enfermero a tomar parte activa en el manejo de estos pacientes, actuando de forma protocolizada ante una crisis hipertensiva (realización de ECG, y tira de orina para determinación de microalbuminuria), así como aprovechar la crisis hipertensiva para fomentar la adherencia al tratamiento.

Las conclusiones que se pueden extraer del estudio son:

- Las crisis hipertensivas son entidades relativamente frecuentes en Atención Primaria.
- Un tercio de las crisis es el debut de una hipertensión no conocida.
- Hay mal registro respecto a exploración física y pruebas complementarias.
- Destacar el papel importante de la enfermería en el manejo de las crisis.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- Hebert CJ. Hypertensive crises. *Primary Care* 2008;35(3):475-487
- 2.- Sanchez M, Sobrino J. Long-acting lacidipine versus nifedipine in the treatment of asymptomatic acute blood pressure increase. *J.C.ardiovas.Pharmacol.*1999, Mar;33(3) 479-84
- 3.- Bender SR. Characteristics and management of patients presenting to the emergency department with hypertensive urgency. *J.clin. Hypertens.*2006Jan;8(1):12-8.
- 4.- Cherney D Straus S. Management of patients with hypertensive urgency emergencies . *J. Gen. Intern. Med.* 2002.Decem;17(12):937-945.