

Rol de Enfermería en la Urgencia Hipertensiva desde Atención Primaria

Autor:

Enrique Ochoa Gongora. Universidad de Ciencias médicas. Filial de Ciencias Médicas Arides Estévez Sánchez. Hospital Lenin. Holguín. Cuba. Artículo de Revisión.

Email: jenrry87@nauta.cu

Teléfono: 59126542.

Resumen:

La urgencia hipertensiva se caracteriza por un aumento de la presión arterial sistólica (PAS) por encima de 180 mmHg y de la presión arterial diastólica (PAD) por encima de 120 mmHg, pero sin daño en los órganos diana. En todo paciente que presente una elevación aguda de la presión arterial (PA) debemos confirmar las cifras tensionales, detectar los factores desencadenantes y descartar la lesión en órganos diana. Se puede establecer como objetivo para las urgencias hipertensivas la reducción de la presión arterial entre un 20-25% en las primeras horas o días, considerando cifras de presión arterial sistólica (PAS) <160mmHg y/o presión arterial diastólica (PAD) <100mmHg cifras seguras para continuar el manejo ambulatorio.

En todo caso, es importante el control del paciente en las siguientes 48-72 horas en la consulta de Atención Primaria para un seguimiento evolutivo y conseguir cifras de presión arterial óptimas. En este trabajo se pretende profundizar en el rol de la enfermera de atención primaria en la urgencia hipertensiva, abordando aspectos como la valoración del paciente con la presión arterial elevada, el manejo de la urgencia hipertensiva, la técnica de la medición de la presión arterial o la consulta de seguimiento después del evento.

Introducción:

La hipertensión (HTA) es un trastorno que, según la Organización Mundial de la Salud, es responsable de 7.1 millones de muertes al año, a pesar de ser una enfermedad prevenible y tratable. Es una enfermedad frecuente (afecta al 25% de la población en Occidente) y definida por una presión arterial sistólica (PAS) mayor de 140 mmHg y/o una presión arterial diastólica (PAD) mayor de 90 mmHg (1).

Las crisis hipertensivas son más raras, pero pueden poner rápidamente en peligro la vida. Estas verdaderas emergencias deben distinguirse de la crisis hipertensiva frecuente pero transitoria (pseudocrisis hipertensiva), en la que no hay lesión de un órgano diana, y que suelen estar relacionadas con el estrés psicosensorial transitorio (estrés, dolor, retención urinaria). El pronóstico a corto plazo es bueno porque la presión arterial vuelve a la normalidad con bastante rapidez, espontáneamente o después de tomar un ansiolítico o analgésico (2).

Las Crisis Hipertensivas se definen como un aumento agudo de la presión arterial sistólica (PAS) > 180mmHg y de la presión arterial diastólica (PAD)

- 120mmHg, capaz de producir daño agudo a órganos diana. Estas cifras han sido propuestas tanto por el comité para prevención, detección, evaluación y tratamiento de HTA (JNC VII) como por las guías de las sociedades europeas de hipertensión y cardiología (1).

Las Crisis Hipertensivas se han dividido históricamente en 2 grupos:

- Urgencia Hipertensiva: se caracterizan por un aumento de la presión arterial sistólica (PAS) > 180mmHg y de la presión arterial diastólica (PAD) > 120mmHg, pero sin daño en los órganos diana.
- Emergencia Hipertensiva: es una elevación de la presión arterial sistólica (PAS) > 180mmHg y de la presión arterial diastólica (PAD) > 120mmHg con signos de daño en los órganos diana*.

Daños en órganos diana: encefalopatía hipertensiva, accidente cerebrovascular (ACV), hemorragia intracraneal, síndrome coronario agudo (SCA), edema pulmonar, disección de aorta, fallo renal, crisis simpáticas (p. ej intoxicación por cocaína, feocromocitoma), eclampsia o pre-eclampsia.

La **Hipertensión Maligna** se caracteriza por valores elevados de la presión arterial y una rápida

repercusión en los órganos diana, con posibles dolores de cabeza, trastornos visuales relacionados con retinopatía hipertensiva de grado 3 o 4, insuficiencia renal con proteinuria y hematuria y/o descompensación cardiaca de instauración rápida. Este tipo de emergencia hipertensiva tiene una prevalencia baja (menos del 1% de los hipertensos) desde que se ha generalizado en Europa el despistaje de la hipertensión arterial (HTA) y su seguimiento ambulatorio (3).

DIFERENCIAS ENTRE LA URGENCIA Y LA EMERGENCIA HIPERTENSIVA

Aunque no existe un consenso claro para la clasificación y definición de las crisis hipertensivas, la mayoría de las guías y trabajos revisados, coinciden que la elevación aguda de la presión arterial, por encima de 180mmHg de presión arterial sistólica o 120mmHg de presión arterial diastólica, sin lesión del órgano diana se denomina urgencia hipertensiva, y que, si existe lesión del órgano diana, se denomina emergencia hipertensiva.

Los signos y síntomas más frecuentes en la urgencia hipertensiva son la cefalea, el dolor precordial y la disnea. Mientras que las afectaciones de los órganos diana más frecuentes en las emergencias hipertensivas son el infarto cerebral, el edema agudo de pulmón y la encefalopatía hipertensiva (4). Les siguen la descompensación cardiaca, la hemorragia intracraneal, la disección de aorta, la eclampsia, la insuficiencia renal aguda oligúrica y el infarto agudo de miocardio (2). Según estudios recientes, las emergencias hipertensivas se presentan habitualmente con frecuencias cardiacas más elevadas que en las urgencias hipertensivas (1).

DESARROLLO:

VALORACIÓN DEL PACIENTE CON ELEVACIÓN AGUDA DE LA PRESIÓN ARTERIAL

En todo paciente que presente una elevación aguda de la presión arterial debemos confirmar las cifras tensionales, detectar los factores desencadenantes y descartar la lesión en órganos diana (5).

En la entrevista con el paciente, recogeremos información sobre antecedentes de hipertensión arterial (HTA), tiempo de evolución y adherencia al tratamiento. Es importante saber si el paciente es hipertenso conocido o no, ya que la mayoría de las crisis hipertensivas se producen en pacientes hipertensos. También indagaremos sobre otros factores de riesgo cardiovascular y sobre los factores desencadenantes como el incumplimiento del tratamiento antihipertensivo, el dolor, la ansiedad o el consumo de fármacos o drogas que elevan la presión arterial (AINES o la supresión brusca de betabloqueantes). Además, valoraremos la presencia de síntomas de lesión del órgano diana, tales como dolor torácico o interescapular, disnea, síndrome confusional agudo, náuseas, vómitos, convulsiones, alteración del nivel de conciencia o focalidad neurológica.

En cuanto a la exploración física, realizaremos una exploración cardiovascular y neurológica. Nuestra actitud está destinada fundamentalmente a la toma de la presión arterial y a la valoración de signos y síntomas que nos hagan sospechar lesiones de órganos diana. Las pruebas complementarias como el fondo de ojo (para descartar retinopatía hipertensiva), análisis de sangre y de orina (hemograma, bioquímica y sedimento urinario), electrocardiograma y radiografía de tórax, se llevan a cabo sobre todo cuando se sospecha de emergencia hipertensiva. En caso de sospecha de afectación del sistema nervioso central, se realizará una tomografía axial computarizada craneal (TAC) y, en caso de sospecha de afectación cardíaca, se pedirán enzimas cardíacas, ecocardiograma o angio-TAC torácico (si se sospecha de patología del arco aórtico), entre otras pruebas.

En cuanto a la medición de la presión arterial, a pesar de ser uno de los parámetros decisivos en la actitud terapéutica, existen pocos trabajos que aporten evidencia científica al modo de llevar a cabo la técnica. En algunos de los trabajos revisados, establecen que debe tomarse la TA en los dos brazos (2)(6). En uno de ellos, se especifica que debemos repetir la medición a

los 5 min o más, con un manguito apropiado al diámetro del brazo del paciente, y en los 2 brazos (6). En otro estudio, se especifica que hablar, manguitos inapropiados y que mantener los brazos durante la medición por debajo del corazón, pueden elevar falsamente la presión arterial (5).

Existen pocos estudios que analicen el efecto del descanso entre tomas de tensión arterial, pero en ellos se sugiere que en las urgencias hipertensivas, el descanso de 30 min es igual de efectivo que la medicación antihipertensiva (7).

Siguiendo con el procedimiento habitual de la valoración enfermera, procederemos a organizar los datos recogidos tanto en la entrevista como en la exploración, utilizando un instrumento de valoración. En el caso de la Atención Primaria, el instrumento de valoración que más se utiliza son los Patrones Funcionales de Gordon. Para el caso que nos ocupa en este trabajo, proponemos que la valoración del paciente que padece una urgencia hipertensiva se centre en los siguientes aspectos:

PATRÓN 1: PERCEPCIÓN MANEJO DE LA SALUD

- Conductas saludables: interés y conocimiento.
- Percepción de su salud (Cuestionario de salud de Goldberg*).
- Existencia o no de hábitos tóxicos (alcohol, drogas, tabaco...) (Test de Fagerstrom, Test de Richmond, Cuestionario de Malt*).
- Existencia o no de alteraciones de la salud.
- Adherencia a las prácticas terapéuticas (Test de Morisky-Green*).

PATRÓN 2: NUTRICIONAL- METABÓLICO

- Valoración de la alimentación: entrevista dietética, indagar en problemas relacionados con la alimentación (masticación, alteraciones gastrointestinales...).
- Valoración del IMC: peso, altura.

PATRÓN 4: ACTIVIDAD/EJERCICIO

- Valoración estado cardiovascular: FC, presión arterial, ECG.

- Valoración estado respiratorio.
- Tolerancia a la actividad
- Valoración movilidad (Test Tinetti*)
- Actividades de la vida diaria (Test de Barthel*).
- Estilo de vida.
- Ocio y actividades creativas.

PATRÓN 5: SUEÑO- DESCANSO

- Tiempo dedicado al descanso.
- Exigencias laborales: turnos, viajes.
- Uso de fármacos para dormir.
- Ronquidos/ apnea del sueño.

PATRÓN 6: COGNITIVO -PERCEPTIVO

- Nivel consciencia y orientación.
- Nivel de instrucción: leer, escribir, idioma-
- Alteraciones cognitivas (Test de Pfeiffer*)
- Alteraciones perceptivas.
- Valoración del dolor (Escala EVA*)

PATRÓN 7: AUTOPERCEPCIÓN- AUTOCONCEPTO

- Estado de ánimo: cambios frecuentes, actividad/pasividad, nerviosismo/relajación.
- Problemas consigo mismo, conductuales: presencia de irritabilidad, agitación, angustia, depresión, ansiedad (Test de Golberg*).

PATRÓN 8: ROL-RELACIONES

- Con quién vive
- Estructura familiar: presencia de problemas, apoyo familiar. (Cuestionario APGAR familiar*).
- Grupo social.
- Trabajo o escuela.

PATRÓN 10: ADAPTACIÓN TOLERANCIA AL ESTRÉS

- Cambios importantes en los 2 últimos años.
- Preguntar por si está tenso o relajado la mayor parte del tiempo.
- Estrategias de afrontamiento general de la persona.
- Soporte familiar o individual con el que cuenta la persona.

* Cuestionarios, test y escalas validadas que pueden utilizarse para llevar a cabo la valoración.

En cuanto a los diagnósticos de Enfermería que pueden identificarse en un paciente con una urgencia hipertensiva, encontramos (8):

- Conocimientos deficientes: Carencia o deficiencia de información cognitiva relacionada con un tema específico.
- Gestión ineficaz de la salud: Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas que no es adecuado para alcanzar los objetivos de salud específicos.
- Disposición para mejorar la gestión de la salud: Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas, que puede ser reforzado.
- Disposición para mejorar el autocuidado: Patrón de realización de actividades por parte de la persona que ayuda a alcanzar los objetivos relacionados con la salud, que puede ser reforzado.
- Riesgo de deterioro de la función cardiovascular: Vulnerable a factores internos o externos que pueden dañar uno o más órganos vitales, así como el propio sistema circulatorio.
- Riesgo de perfusión tisular cerebral ineficaz: Vulnerable a una disminución de la

circulación tisular cerebral, que puede comprometer la salud.

- Tendencia a adoptar conductas de riesgo para la salud: Deterioro de la capacidad para modificar el estilo de vida o las conductas de forma que mejoren el estado de salud.
- Ansiedad: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (el origen de la cual con frecuencia es inespecífico o desconocido para la persona); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro inminente y permite a la persona tomar medidas para afrontar la amenaza.
- Dolor agudo: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible.
- Dolor crónico: Experiencia sensitiva y emocional desagradable ocasionada por una lesión tisular real o potencial; inicio súbito o lento de cualquier intensidad de leve a grave con un final anticipado o previsible con una duración superior a tres meses.

MANEJO DE LA URGENCIA HIPERTENSIVA DESDE ATENCIÓN PRIMARIA

En la bibliografía actual no se profundiza en el tratamiento de la urgencia hipertensiva y no existe un consenso claro. En la última publicación de la Sociedad Europea de Hipertensión (ESH) en conjunto con la Sociedad Europea de Cardiología (ESC), se hace referencia al manejo de la emergencia hipertensiva, pero no se menciona a la urgencia hipertensiva (9).

Es conocido que una bajada brusca de la presión arterial conlleva más riesgos que beneficios, ya que este descenso brusco en pacientes acostumbrados a presión arterial elevadas, podría generar isquemia en órganos como corazón y cerebro, fenómeno conocido como autorregulación(1)(10)(11)(12). Lo que se desconoce es la velocidad óptima de disminución de la presión arterial, pero un objetivo razonable es conseguir una presión arterial de aproximadamente 160/100mmHg y hacer un seguimiento en los próximos días para garantizar la tolerabilidad, comprobar la adherencia al tratamiento y continuar bajando la presión arterial gradualmente (11).

Así pues, los pacientes que padezcan una urgencia hipertensiva, antes de administrarles fármacos, deberán permanecer en reposo un periodo de 30-45 min, ya que esta sola medida consigue disminuir las cifras de presión arterial sistólica (PAS) >20mmHg y presión arterial diastólica (PAD) > 10mmHg (9). Además, al tratarse de una urgencia hipertensiva, dónde no están comprometidos los órganos diana, este descanso puede realizarse de forma segura para el paciente.

Por otro lado, se aconseja tratar factores desencadenantes de la elevación de la presión arterial (dolor, estrés o ansiedad)(13).

La decisión de utilizar fármacos varía según las circunstancias; si se trata de un primer episodio de HTA, le pautarán cualquier fármaco antihipertensivo que recomienden las guías actuales para el tratamiento de la HTA, si por el contrario es un paciente con HTA ya conocida, incentivaremos la adherencia al tratamiento y/o le pautarán un nuevo fármaco (2).

En la elección del tratamiento se recomienda antihipertensivos de acción corta y la vía oral frente a la sublingual, por tener una acción más lenta. En el estudio de Adnan et al., encontraron que el captopril sublingual, un IECA muy popular para el uso de la urgencia hipertensiva, disminuye la presión arterial de manera más eficiente en los primeros 30 minutos, pero esta diferencia se iguala a los 60 minutos con el captopril oral (14). En otros trabajos desaconsejan la vía intramuscular y sublingual por sus altos efectos impredecibles (12).

No se ha demostrado la superioridad de un fármaco con respecto a otro (15). Esto se debe en parte, a la inexistencia de un consenso en el objetivo de reducción de la presión arterial en las urgencias hipertensivas, lo que hace más difícil establecer que fármacos son eficaces. En la revisión sistemática llevada a cabo por Claudia et al., establecieron que los siguientes fármacos disminuyen la presión arterial en el contexto de las urgencias hipertensivas: captopril, labetalol, clonidina, amlodipino, verapamilo, nitrendipino, isradipino, nifedipino, nitroglicerina, hidralazina, clortalidona, furosemida, nitroprusiato y fenoldopam(15).

En algunos pacientes, sobre todo en las pseudo-crisis hipertensivas, se pueden utilizar ansiolíticos como benzodiazepinas (1). Se desaconseja el uso de nifedipino sublingual, por riesgo de hipotensión brusca y fenómenos isquémicos (5).

Se puede establecer como objetivo para las urgencias hipertensivas la reducción de la presión arterial entre un 20-25% en las primeras horas o días, considerando cifras de presión arterial sistólica (PAS)<160mmHg y/o presión arterial diastólica (PAD)<100mmHg cifras seguras para continuar el manejo ambulatorio. En todo caso, es importante el control del paciente en las siguientes 48-72 horas en la consulta de Atención Primaria para un seguimiento evolutivo y conseguir cifras de presión arterial óptimas (1).

Las urgencias hipertensivas pueden controlarse en el medio extrahospitalario, y se remitirá a un hospital únicamente a los pacientes con una urgencia hipertensiva que no respondan al tratamiento o requieran de alguna exploración complementaria que no pueda realizarse fuera del hospital.

ASPECTOS A TENER EN CUENTA EN LA MEDICIÓN DE LA PRESIÓN ARTERIAL

Según las últimas recomendaciones en el diagnóstico y manejo de la hipertensión arterial

(HTA) en adultos, para lograr la máxima precisión en la medición de la presión arterial, se requieren las siguientes atenciones:

- Tipo de dispositivo de medición.
- Tamaño del manguito.
- Colocación del manguito.
- Posición del paciente.
- Técnica de medición.
- Tiempo de medición.
- Número de mediciones.

Tipo de dispositivo de medición

Cuando se usa un dispositivo manual, es conveniente inflar el manguito al menos 30 mmHg por encima de la sistólica y luego permitir que el esfigmomanómetro no caiga más de 2 a 3 mmHg por segundo, tanto para una medición precisa como para permitir que desaparezca el efecto de esfuerzo. Independientemente del dispositivo, tomar múltiples mediciones secuenciales y descartar la primera lectura puede eliminar un efecto de ansiedad anticipatoria (19).

Tamaño del manguito

El uso de un manguito de tamaño adecuado es esencial. Si se usa un manguito demasiado pequeño, la presión generada al inflar el manguito puede no transmitirse completamente a la arteria braquial. En este contexto, la presión en el manguito puede ser considerablemente más alta que la presión intraarterial, lo que puede conducir a una sobreestimación de la presión sistólica de hasta 10 a 50 mmHg en pacientes obesos.

La longitud del manguito debe ser del 80%, y el ancho de al menos el 40%, de la circunferencia de la parte superior del brazo.

De acuerdo con la American Heart Association, el tamaño del manguito apropiado para una circunferencia de brazo designada, son los siguientes (18):

- Circunferencia del brazo de 22 a 26 cm, manguito «adulto pequeño», 12 x 22 cm.
 - Circunferencia del brazo de 27 a 34 cm, manguito «adulto», 16 x 30 cm.
 - Circunferencia del brazo de 35 a 44 cm, manguito «adulto grande», 16 x 36 cm.
 - Circunferencia del brazo de 45 a 52 cm, manguito «muslo adulto», 16 x 42 cm.
- Colocación del manguito.

El manguito debe colocarse sobre la arteria braquial, con el brazo sin ropa restrictiva (la manga del paciente no debe enrollarse, ya que esto puede actuar como un torniquete). El extremo

inferior del manguito debe estar entre 2 y 3 centímetros por encima de la fosa antecubital para minimizar el ruido artificial relacionado con el estetoscopio que toca el manguito.

Posición del paciente

La presión arterial debe tomarse con el paciente sentado con la espalda apoyada y las piernas sin cruzar. La presión diastólica puede ser mayor en 6 mmHg si la espalda no está apoyada, y la presión sistólica puede aumentar de 5 a 8 mmHg si las piernas están cruzadas (16).

El brazo debe estar apoyado al nivel del corazón. Si se permite que el brazo cuelgue sin apoyo, la presión arterial se elevará de 10 a 12 mmHg debido a la presión hidrostática adicional inducida por la gravedad. El paciente debe estar en silencio durante cinco minutos antes de medir la presión arterial. La distensión de la vejiga, la conversación y el ruido de fondo pueden afectar la presión arterial medida (16).

Incluso en condiciones óptimas, muchos pacientes sienten aprensión cuando ven a un profesional sanitario, lo que se traduce en un aumento agudo de la presión arterial. Este fenómeno, llamado «bata blanca» o hipertensión aislada en la consulta, debe sospecharse en cualquier paciente con presión arterial marcadamente elevada en ausencia de daño en el órgano diana o con presión arterial ambulatoria normal tomada en el trabajo o en el hogar. Puede confirmarse mediante un MAPA de 24 horas o con varias tomas de la presión arterial en el domicilio. Este efecto de bata blanca se puede minimizar mediante el uso de dispositivos automáticos de presión arterial que registran múltiples lecturas con el paciente solo en una sala (19).

Técnica de medición

Una vez que el manguito se coloca adecuadamente, ni el paciente ni el observador deben hablar durante la medición. La presión arterial debe tomarse con el brazo del paciente apoyado al nivel del corazón. La técnica de medición dependerá del aparato de tensión elegido (19):

- Método de medición oscilométrica: los dispositivos oscilométricos tienen un sensor electrónico de presión para registrar las oscilaciones de presión de las arterias e inflar y desinflar automáticamente el manguito. Estos dispositivos utilizan algoritmos patentados para calcular la presión arterial sistólica y diastólica.
- Medición de la presión arterial oscilométrica automatizada: estos dispositivos pueden utilizarse para tomar múltiples lecturas consecutivas de presión arterial en la consulta con el paciente sentado y descansando, preferiblemente solo (es decir, sin supervisión). En comparación con las mediciones manuales, estos dispositivos si se utilizan sin

supervisión, disminuyen la respuesta de la bata blanca, evitan que el paciente hable durante los períodos de descanso y medición, y evitan el sesgo del observador (19). La evaluación de la precisión de la máquina debe realizarse a intervalos periódicos. La posición adecuada del paciente, el tamaño del manguito y la colocación siguen siendo necesarios para estos dispositivos. Sin embargo, existen varios aspectos que difieren de los de la toma de la presión arterial manual en consulta:

- Los pacientes no necesariamente necesitan descansar durante cinco minutos antes de que se mida la presión arterial con un aparato oscilométrico automatizado (19).
- El hecho de que estos dispositivos se puedan programar para obtener automáticamente y promediar tres o más lecturas satisface los criterios para múltiples mediciones consecutivas. Los autores de este tema consideran que tres lecturas son probablemente suficientes (18).

La presión arterial debe medirse inicialmente en ambos brazos. Si hay una gran disparidad debido a una lesión arterial unilateral (generalmente una estenosis de la subclavia), se debe utilizar el brazo con mayor presión.

La presión arterial se puede medir en la pierna o la muñeca:

- Presión arterial de la pierna: hay ciertos pacientes en los que es necesario medir la presión arterial en las piernas. Los principios de la medición de la presión arterial en la pierna son similares a los descritos anteriormente en el brazo, con el uso de un manguito de tamaño apropiado. En sujetos normales, la presión sistólica en la extremidad inferior suele ser mayor que la de la arteria braquial. En una revisión sistemática de 44 estudios que compararon las lecturas de presión arterial en brazos y piernas realizadas en posición supina, la presión arterial sistólica media fue mayor tanto en la pantorrilla (en 10 mmHg, IC del 95%: 4 a 16 mmHg) y en el tobillo (17 mmHg, 95% CI 15 a 21 mmHg) que en el brazo (18). Sin embargo, la alta variabilidad en la diferencia de BP brazo-pierna en estos estudios puede dificultar la traducción confiable de las presiones de las piernas en presiones de los brazos. Además, no se han validado monitores oscilométricos de presión arterial para mediciones de presión arterial de extremidades inferiores.
- Presión arterial de la muñeca: aunque la experiencia es relativamente limitada, la medición de la presión arterial en la arteria radial (muñeca) puede ser más práctica en personas obesas (cuando no se puede obtener un manguito lo suficientemente grande, como cuando se compran dispositivos de medición para el control de la TA en el domicilio) y en pacientes con cáncer de mama que han tenido resección de ganglios linfáticos axilares. En la muñeca, la presión hidrostática relacionada con la posición inferior de la muñeca en relación con el corazón puede provocar una elevación falsa adicional de la presión arterial. Esto puede minimizarse tomando la presión arterial con

la muñeca mantenida al nivel del corazón. Además, el sensor del dispositivo automático debe permanecer directamente sobre la arteria radial para una lectura precisa, y la flexión de la muñeca puede interferir con la colocación adecuada del sensor.

Tiempo de medición

La presión sanguínea es variable a lo largo del día y se ve afectada por la actividad física, mental y el estrés.

La ingesta de alimentos, el ejercicio exhaustivo, fumar y la cafeína, pueden influir en la presión arterial y deben evitarse en los 30 minutos previos a la evaluación. Fumar aumenta temporalmente la presión arterial y la ingesta de cafeína puede elevar la presión sanguínea de forma aguda, principalmente en los bebedores de café no habituales. Por otro lado, tomar la presión arterial en una habitación fría (12°C) o mientras el paciente está hablando puede aumentar el valor medido hasta 8 a 15 mmHg (16).

LA IMPORTANCIA DE LA CONSULTA DE SEGUIMIENTO TRAS UNA URGENCIA HIPERTENSIVA Y EL PAPEL DE LA ENFERMERA

En esta consulta de seguimiento, la enfermera de familia y comunitaria tomará la presión arterial y/o revisará las cifras tensionales que aporte el paciente tomadas en su domicilio. También evaluará los conocimientos que tiene el paciente sobre el proceso de su enfermedad y sobre la adherencia al tratamiento. El objetivo primordial de esta primera consulta es establecer una relación de confianza entre profesional y paciente que permita trabajar en consultas sucesivas diferentes aspectos como (20)(21):

- Modificación del estilo de vida: dieta baja en sal, ejercicio físico, disminución o abandono del consumo de alcohol, tabaco y hábitos tóxicos, reducción del estrés...la efectividad de las medidas no farmacológicas en la reducción de las cifras tensionales se conoce desde hace tiempo y es la primera medida a adoptar en el paciente hipertenso (21).
- La adherencia al tratamiento: la conducta adherente mejora la propia percepción subjetiva del estado de salud del paciente. Dicha percepción refuerza positivamente el seguimiento del tratamiento médico y el cumplimiento de las conductas saludables. Para conseguir esta adherencia al tratamiento es importante establecer un vínculo entre profesional y paciente que permita un seguimiento individualizado y elaborar estrategias de forma conjunta. Por otro lado, implicar a la familia en el tratamiento antihipertensivo también ayuda a la adherencia (20). La enfermera debe evaluar la disposición del paciente para cumplir lo indicado, asesorarle y guiarle para estimular la

continuidad del tratamiento.

- Enseñanza en el proceso de enfermedad: debemos revisar el conocimiento del paciente sobre su afección y proporcionar información según corresponda. También enseñaremos al paciente cuáles son los signos y síntomas de alarma. Siempre que sea posible, fomentaremos la automonitorización de la presión arterial en el domicilio. De esta forma conseguimos que el paciente asuma el control de su enfermedad y evitamos las falsas crisis hipertensivas.
- Recomendación de activos: es el proceso mediante el cual un profesional de la salud, en el marco de la relación terapéutica, identifica y selecciona junto con la persona que acude a consulta, aquellos activos de salud disponibles en su comunidad que podrían ser beneficiosos para mejorar su salud. Un activo para la salud se puede definir como cualquier factor o recurso que potencia la capacidad de los individuos y las comunidades para mantener la salud y el bienestar.
-

La recomendación de activos es una herramienta complementaria que permite

La recomendación de activos es una herramienta complementaria que permite ampliar el abanico de recursos terapéuticos no farmacológicos. Supone implicar a la persona que acude a consulta en una reflexión compartida sobre cómo utilizar algunos activos disponibles en la zona donde vive, analizar el efecto que estos pueden tener en su bienestar (teniendo en cuenta tanto sus gustos, intereses y habilidades como entendiendo sus resistencias) y ayudándole a buscar alternativas(22). Al realizarse en el contexto de un abordaje biopsicosocial, esta práctica ayuda a las personas a tener un mayor control de su salud, a mejorar su red de apoyo social y a disminuir la medicalización de algunos problemas de salud.

CONCLUSIONES

Conocer la técnica correcta de la medición de la tensión arterial y los factores que pueden alterarla, es primordial para realizar un correcto diagnóstico de la urgencia hipertensiva. Como hemos visto anteriormente, en todo paciente que presente una elevación aguda de la presión arterial debemos confirmar las cifras tensionales, detectar los factores desencadenantes y descartar la lesión en órganos diana.

Se desconoce cuál es la velocidad óptima de disminución de la presión arterial, pero un objetivo razonable es conseguir una presión arterial de aproximadamente 160/100mmHg y hacer un seguimiento en los próximos días para garantizar la tolerabilidad, comprobar la adherencia al tratamiento y continuar bajando la presión arterial gradualmente.

La urgencia hipertensiva no requiere un descenso brusco de la presión arterial, por lo que dejar un periodo de descanso para repetir una nueva toma antes de administrar fármacos, puede ser aconsejable ya que se ha visto que está sola medida consigue disminuir las cifras de presión arterial sistólica (PAS) >20mmHg y presión arterial diastólica (PAD) 10mmHg. La decisión de utilizar fármacos varía según las circunstancias; si se trata de un primer episodio de HTA, le pautarán cualquier fármaco antihipertensivo (no se ha podido demostrar la superioridad de un fármaco con respecto a otro), pero si por el contrario es un paciente con HTA ya conocida, se incidirá en la adherencia al tratamiento y/o le pautarán un nuevo fármaco. En la elección del tratamiento se recomienda antihipertensivos de acción corta y la vía oral frente a la sublingual, por tener una acción más lenta.

Los dispositivos de presión arterial oscilométrica automatizada utilizados sin supervisión y las automediciones domiciliarias, pueden disminuir la respuesta de la bata blanca, la ansiedad del entorno y evitar que el paciente hable durante los períodos de descanso y medición. Es por lo que este tipo de dispositivos debe tenerse en cuenta en la urgencia hipertensiva.

El seguimiento del paciente en las siguientes 48-72 horas y el vínculo que se establezca entre profesional y paciente puede ser esencial para conseguir cifras de presión arterial óptimas y para obtener una buena adherencia al tratamiento. La recomendación de activos es una

herramienta que también debe tenerse en cuenta en estas consultas de seguimiento, ya que de esta forma ponemos a disposición del paciente todos los recursos a su alcance y le hacemos todavía más partícipe en el control de su salud, contribuyendo de este modo en el aumento de la conducta adherente.

BIBLIOGRAFÍA

- Arbe G, Pastor I, Franco J. Diagnostic and therapeutic approach to the hypertensive crisis. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2018;150(8):317-22. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2017.09.027>
- Xhignesse P, Krzesinski F, Jm K. Les crises hypertensives. *Rev Med Liege*. 2018;73(1):326-32.
- Albadalejo Blanco C, Sobrino Martinez J VGS. Crisis hipertensivas: seudocrisis, urgencias y emergencias. *Riesgo Vasc*. 2014;31:132-42.
- Wagner Grau Patrick. Fisiopatología de la hipertensión arterial: nuevos conceptos. *peru ginecol Obs* [Internet]. 2018;64(2):175-84. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-51322018000200004&lng=es.
- Santamaría R, Gorostidi M. Hypertensive urgencies and emergencies. *Hipertens y Riesgo Vasc* [Internet]. 2017;34(Supl 2):35-8. Disponible en: [http://dx.doi.org/10.1016/S1889-1837\(18\)30074-6](http://dx.doi.org/10.1016/S1889-1837(18)30074-6)
- Chim C, Dimitropoulos E, Ginzburg R. Implementing a Policy and Protocol on Managing Patients With Hypertensive Urgencies. *Ann Pharmacother*. julio de 2016;50(7):548-54.
- Park SK, Lee D-Y, Kim WJ, Lee SY, Park HS, Kim HW, et al. Comparing the clinical efficacy of resting and antihypertensive medication in patients of hypertensive urgency: a randomized, control trial. *J Hypertens*. julio de 2017;35(7):1474-80.
- JOHNSON M. VÍNCULOS DE NOC Y NIC A NANDA-I Y DIAGNÓSTICOS MÉDICOS. 3 EE, editor. 2012.
- Mahfoud F, Böhm M, Bongarth CM, Bosch R, Schmieder RE, Schunkert H, et al. Kommentar zu den Leitlinien (2018) der Europ{ä}ischen Gesellschaft f{ü}r Kardiologie (ESC) und der Europ{ä}ischen Gesellschaft f{ü}r Hypertonie (ESH) f{ü}r das Management der arteriellen Hypertonie. *Der Kardiol* [Internet]. 2019;13(1):17-23. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s12181-019-0300-y>
- Breu AC, Axon RN. Acute Treatment of Hypertensive Urgency. *J Hosp Med*. diciembre de 2018;13(12):860-2.
- Hackett C, Garrison S, Kolber MR. What is urgent about hypertensive urgency? *Can Fam*

Physician. julio de 2017;63(7):543.

- Wani-Parekh P, Blanco-Garcia C, Mendez M, Mukherjee D. Guide of Hypertensive Crisis Pharmacotherapy. *Cardiovasc Hematol Disord Drug Targets*. 2017;17(1):52-7.
- van den Born B-JH, Lip GYH, Brguljan-Hitij J, Cremer A, Segura J, Morales E, et al. ESC Council on hypertension position document on the management of hypertensive emergencies. *Eur Hear journal Cardiovasc Pharmacother*. enero de 2019;5(1):37-46.
- Kaya A, Tatlisu MA, Kaplan Kaya T, Yildirimturk O, Gungor B, Karatas B, et al. Sublingual vs. Oral Captopril in Hypertensive Crisis. *J Emerg Med [Internet]*. 2016;50(1):108-15. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jemermed.2015.07.017>
- Campos CL, Herring CT, Ali AN, Jones DN, Wofford JL, Caine AL, et al. Pharmacologic Treatment of Hypertensive Urgency in the Outpatient Setting: A Systematic Review. *J Gen Intern Med*. abril de 2018;33(4):539-50.
- Myers MG. Eliminating the human factor in office blood pressure measurement. *J Clin Hypertens*. 2014;16:541.
- Johnson KC, Whelton PK, Cushman WC et al. Blood Pressure Measurement in SPRINT (Systolic Blood Pressure Intervention Trial). *Hypertension*. 2018;71:848.
- Muntner P, Shimbo D, Carey RM et al. Measurement of Blood Pressure in Humans: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Hypertension*. 2019;73:e35.
- Roerecke M, Kaczorowski J MM. Comparing Automated Office Blood Pressure Readings With Other Methods of Blood Pressure Measurement for Identifying Patients With Possible Hypertension: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 2019;179:351.
- Himmelfarb CRD, Commodore-Mensah Y, Hill MN. Expanding the Role of Nurses to Improve Hypertension Care and Control Globally. *Ann Glob Heal*. 2016;82(2):243-53.
- Bengtson A, Drevenhorn E. The nurse's role and skills in hypertension care: a review. *Clin Nurse Spec*. septiembre de 2003;17(5):260-8.
- Cofiño R, Aviñó D, Benedé CB, Botello B, Cubillo J, Morgan A, et al. Promoción de la salud basada en activos: ¿cómo trabajar con esta perspectiva en intervenciones locales? *Gac Sanit*. 2016;30:93-8.

