



Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina
Instituto Mexicano del Seguro Social

Facultad de Medicina



Especialidad en Medicina de Urgencias

**FACTORES DE RIESGO DE CRISIS HIPERTENSIVAS EN PACIENTES EN EL
DEPARTAMENTO DE URGENCIAS DEL HGZ No. 46.**

TESIS

Que para obtener el grado de

MÉDICINA DE URGENCIAS

Presenta

Dra. María Guadalupe Ramos Gallegos

Enero de 2014



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



Instituto Mexicano del Seguro Social

**Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Medicina**

Facultad de Medicina



Especialidad en Medicina de Urgencias

**FACTORES DE RIESGO DE CRISIS HIPERTENSIVAS EN PACIENTES EN EL
DEPARTAMENTO DE URGENCIAS DEL HGZ No. 46.**

TESIS

Que para obtener el grado de

MÉDICA DE URGENCIAS

Presenta

Dra. María Guadalupe Ramos Gallegos

Asesor

Dr. Luis Fernando Torres Cenicerros

Enero de 2014

DEDICATORIA

A Dios por permitirme crecer como persona y profesional brindándome cada día un camino de aprendizaje y enseñanza a través de esta profesión del cuidado por el otro.

A mis Hijos: Carlos Alberto y Diana Paola. Que con su paciencia y devoción fueron un estímulo constante para alcanzar mi objetivo ya que siempre han estado ahí presentes en cada uno de mis pasos y en el amor a mi tarea.

A mis Hermanos que siempre están, y han estado ahí cuando los necesito, en las buenas y en las malas.

“ Que Dios los Proteja a todos Siempre..... ¡Muchas Gracias ¡

AGRADECIMIENTOS:

A mi Asesor de Tesis el Dr. Luis Fernando Torres Cenicerros, por compartir sus conocimientos, e invertir su tiempo en la realización de éste proyecto, y por su enorme paciencia ante mi insistencia y terquedad.

A l personal del HGZ No. 46, que intervino de alguna manera en la elaboración de éste Proyecto, Médicos, enfermeras, y a todos los pacientes que me dieron la oportunidad de ser partícipes de éste estudio.

ÍNDICE

RESUMEN.....	2
CAPITULO I. MARCO TEORICO.....	3
CAPITULO II. METODOLOGIA.....	19
2.1 Planteamiento del Problema.....	19
2.2 Hipotesis.....	19
2.3 Objetivos del Estudio.....	19
2.3.1 Objetivo General.....	19
2.3.2 Ojetivos Especificos.....	19
2.4 Justificación.....	19
2.5 Tipo de Investigación.....	20
2.6 Definición conceptual y operacional de las variables.....	20
2.7 Sujetos de Estudio.....	27
2.7.1 Criterio de Inclusión.....	27
2.7.2 Criterios de Exclusión.....	27
2.7.3 Criterios de Eliminación.....	27
2.8 Población y Muestra.....	27
2.9 Instrumento de Medición.....	28
2.10 Procedimientos.....	29
2.11 Analisis de Datos.....	30
CAPITULO III RESULTADOS.....	31
CAPITULO IV DISCUSION.....	35
4.1 Fortalezas.....	40
4.2 Debilidades.....	42
4.3 Recomendaciones.....	42
CONCLUSIONES.....	44
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.....	45

ANEXOS.....	48
ANEXO 1 .Encuesta de Datos Generales.....	48
ANEXO 2 .Test Morisky-Green.....	52
ANEXO 3.Carta de Consentimiento Informado.....	53

RESUMEN

FACTORES DE RIESGO DE CRISIS HIPERTENSIVAS EN PACIENTES EN EL DEPARTAMENTO DE URGENCIAS DEL HGZ No. 46.

Introducción: La Hipertensión Arterial constituye un serio problema de salud. Su prevalencia en la mayoría de los países se encuentra entre el 15 y 30%, y después de los 50 años casi el 50% de la población está afectada por ella. La crisis hipertensiva (CH) se manifiesta principalmente con cifras tensionales elevadas, capaces de producir síntomas alarmantes en el paciente. Las CH ocurren, al menos, de 1-7% de todos los pacientes portadores hipertensos y su etiología puede ser multifactorial: abandono del tratamiento, factores relacionados con la edad y el sexo, y otros relacionados con medicamentos como antiinflamatorios no esteroideos y el desconocimiento de la enfermedad por parte de los pacientes, entre otros.

Objetivo. Identificar factores de riesgo de crisis hipertensiva en pacientes del departamento de Urgencias del HGZ No.46.

Material y método. Se realizó un estudio observacional, descriptivo, transversal en la HGZ No. 46 en el departamento de urgencias a los pacientes adultos que ingresaron con crisis hipertensiva durante el periodo de tiempo de agosto a septiembre de 2013, previa información y aceptación de consentimiento informado. Mediciones: se aplicó una encuesta de tipo cerrado 22 preguntas. Análisis estadístico: se realizó una estadística descriptiva con medidas de tendencia central y dispersión.

Resultados. Se estudió un total de 62 pacientes, con una edad de 56.5 ± 13.4 años. Predominó el sexo femenino con un 64.5 % (40). Un total de 29 pacientes (46.8%) consumían alcohol. Treinta y tres pacientes (53.2%) refirieron el antecedente de estrés. Solo 7 pacientes (11.3%) refirieron realización de deporte. Hasta 46 pacientes (74.2%) refirieron agregar sal a los alimentos antes de consumirlos. El factor de riesgo más común para crisis hipertensiva fue la falta de adherencia farmacológica con un 98.4%

Conclusiones. Es importante evaluar los factores que pueden conducir a aparición de crisis hipertensiva para dirigir los esfuerzos a modificar dichos factores, como es el caso de la falta de adherencia.

CAPITULO I: MARCO TEÓRICO

1.1 HIPERTENSIÓN ARTERIAL:

Es una de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia. Alrededor del 26.6% de la población de 20 a 69 años de edad la padece y cerca del 60% de los individuos afectados desconoce su enfermedad. Esto significa que en nuestro país, existen más de trece millones de personas con éste padecimiento de las cuales ocho millones no han sido diagnosticados. La hipertensión arterial es un factor de riesgo importante de las enfermedades cardiovasculares y renales. La mortalidad por ésta complicación ha ido con un incremento sostenido en las últimas décadas. (VARON, 2008).

La presión arterial proporciona la fuerza impulsora que lleva a la sangre a través de sistema vascular, esencial para la vida en proporcionar la perfusión a órganos críticos como el cerebro desempeñando un papel importante en la optimización clave de las funciones del resto de los órganos. Dado que la presión arterial está regulada por numerosos factores: nerviosos, hormonales, y locales que funcionan coordinados con la autorregulación manteniendo a ésta con límites estrechos, diversos factores como la herencia y estilos de vida, sistema nervioso simpático, la ingesta de sal, hormonas ó sustancias liberadas por el endotelio puede modificar el gasto cardiaco y la resistencias vascular periférica iniciando la hipertensión arterial. (AGUADA, 2010).

Según un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) hay una relación lineal y continua entre niveles elevados de presión arterial y el riesgo cardiovascular relativo. Este informe también indica que la hipertensión arterial no obedece a estratos sociales, pues al dividir a los países en naciones en desarrollo, en vías de desarrollo con baja mortalidad, y en vías de desarrollo con alta mortalidad, la distribución de la hipertensión arterial fue idéntica en los tres grupos.

La prevalencia de la hipertensión arterial secundaria oscila entre 1% y 5% de la población total hipertensa; ésta entidad afecta al 20% de la población mayor de 15 años.

Es una de las enfermedades más estudiadas en el mundo, no en vano ha sido denominada asesina silenciosa, ya que a veces nos percatamos de su existencia cuando es demasiado tarde.

Actualmente las cifras de personas afectadas por la hipertensión arterial en el mundo, según estimados, es de 691 millones; su prevalencia en la mayoría de los países se encuentra entre el 15 y 30%, y después de los 50 años casi el 50% de la población está afectada por ella.

El comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que entre 8% y 18% de la población mundial adulta, sufre de algún grado de Hipertensión Arterial. La prevalencia de la Hipertensión Arterial secundaria oscila entre 1% y 5% de la población total. Debido a que se trata de una enfermedad silenciosa, muchas personas no saben que la padecen y la primera manifestación de la enfermedad puede ser un evento agudo: la crisis hipertensiva. (CACERES, 2010).

1.1.1 Crisis Hipertensiva:

Es la situación clínica derivada de un alza de la presión arterial (PA), que obliga a un manejo eficiente, rápido y vigilado de la presión arterial, ya sea por los riesgos que implican las cifras tensionales por sí mismas, o por su asociación a una condición clínica subyacente que se agrava con ascensos discretos de la presión arterial. Puede poner en peligro inminente la vida del enfermo al comprometer órganos vitales: cerebro, corazón, o riñón. (AGUADA, 2010).

Para fines de pronóstico y para facilitar el enfoque terapéutico se divide la crisis hipertensiva en urgencia y emergencia hipertensiva.

1.1.1.1 Urgencia Hipertensiva: Es la elevación de la presión arterial diastólica por encima de 130 mm Hg pero sin producir disfunción aguda de órgano alguno, es decir, no hay edema pulmonar, ni trastorno renal o neurológico. Se puede tratar con fármacos sublinguales y orales, algunas veces en forma ambulatoria.

En este grupo se incluye la hipertensión maligna, la asociada al preoperatorio de revascularización miocárdica o vascular, la que se presenta en los quemados y en el trasplante renal. (NAVARRO, 2005).

1.1.1.2 Emergencia Hipertensiva: Es la situación clínica en que la PA es de tal magnitud o, las circunstancias en las que la hipertensión se presenta son de tales caracteres, que la vida del paciente o la integridad de órganos vitales están amenazadas, lo que obliga a su control inmediato en minutos u horas.

Por convención los valores de tensión arterial (TA) severamente elevados se definen por tensión arterial sistólica (TAS) mayor a 180 mmHg y tensión arterial diastólica (TAD) mayor de 120 mmHg, este corte es meramente arbitrario, con poca relevancia para el médico, porque la mayoría de los pacientes no requerirá tratamiento urgente para reducción de la TA. De forma contraria paciente con elevaciones menores, que no reúnen criterios de HTA severa pueden requerir terapia antihipertensivo inmediata para situaciones de riesgo como en los aneurismas disecantes de aorta. En el contexto de la selección de estos pacientes es de vital importancia determinar: Presencia de daño de órgano agudo. (PEREZ, 2001).

El síndrome de emergencia hipertensiva fue descrito por primera vez por Volhard y Farh en 1914 y fue caracterizado acelerada y severa hipertensión arterial acompañada de evidencia de daño renal, cardiovascular, o cerebral. Está demostrado que al menos un 1% de los pacientes con hipertensión arterial desarrollan a lo largo de su vida al menos 1 episodio de emergencia hipertensiva, antes de los antihipertensivos estas crisis ocurrían al menos en 7% de los pacientes hipertensos. Igualmente se ha demostrado que la mayoría de los pacientes que

desarrollan una crisis hipertensiva ya habían sido diagnosticados como hipertensos e incluso tenían tratamiento antihipertensivo indicado, pero sin un control adecuado de la presión arterial. Emergencia Hipertensiva: situación en la que la elevación de la presión arterial se acompaña de una afección concomitante de órganos diana y exige un tratamiento inmediato para evitar la posibilidad de muerte o de consecuencias irreversibles. En esta situación, la aplicación de unas pautas de conducta adecuadas de manera inmediata puede suponer la salvación del individuo o evitar las lesiones irreversibles a las que pueda dar lugar: Su prevalencia se cifra entre el 1% y el 7% de todos los pacientes hipertensos. Mortalidad mayor del 90% al año para aquellas emergencias hipertensivas no tratadas. La supervivencia media es de 144 meses para aquellos pacientes que se presentan en la sala de guardia con una emergencia hipertensiva. (GARCIA, 2000).

Existe el concepto de que la crisis hipertensiva ocurre usualmente secundaria a causas determinadas, sin embargo la causa más común de crisis hipertensiva es el tratamiento inadecuado de la HTA esencial primaria. La mayor afectación orgánica en las crisis hipertensas se produce sobre el Sistema Nervioso Central, el aparato cardiovascular y el riñón.

La CH (Crisis Hipertensiva), constituye un síndrome clínico que tiene muchas variantes, pero se manifiesta principalmente con cifras tensionales elevadas, capaces de producir síntomas alarmantes en el paciente. El común denominador en esos casos es el dolor precordial, siendo además uno de los síntomas más frecuentes. En muchas personas, es el dolor precordial el que los motiva a buscar asistencia médica. (JAUREGUI, 2009).

En un número significativo de casos, el dolor precordial no difiere del producido por el infarto agudo del miocardio, es por ello que los primeros exámenes que se deben indicar, son el electrocardiograma y las enzimas cardíacas, para poder establecer con certeza la diferencia entre ambas situaciones.

Las crisis hipertensivas ocurren, al menos, de 1%-7% de todos los pacientes portadores de hipertensión arterial. La etiología de las crisis hipertensivas son multifactoriales; se plantea que una de ellas es el abandono del tratamiento antihipertensivo; otras causas está relacionadas con la edad y el sexo, y otras relacionadas con medicamentos como son los antiinflamatorios no esteroideos y el desconocimiento de la enfermedad por parte de los pacientes, pudiendo ser esta una agravante mayor, pues el enfermo puede desarrollar una crisis hipertensiva sin conocer que es hipertenso. (MARTINEZ, 2008).

Estos pacientes son habitualmente portadores de hipertensión severa previa, por lo que la repercusión cardiovascular (arterioloesclerosis e hipertrofia ventricular) les otorga mayor resistencia a la elevación tensional. Por otro lado, la autorregulación de su circulación cerebral se encuentra desplazada a la derecha, con lo que los descensos bruscos de presión arterial --inocuos en un hipertenso reciente pueden provocar hipoperfusión cerebral en un hipertenso crónico.

La mayoría de las hipertensiones diastólicas, 120 Mm. Hg., atendidas en los Servicios de Urgencia equivalen a consultas por hipertensión no diagnosticada o inadecuadamente manejada, lo que ha convertido a los Servicios de Urgencia en un lugar de detección y consulta para hipertensos mal controlados.

La situación que motiva la consulta al Servicio de Urgencia es la causa del alza tensional y no una complicación de la hipertensión, es así como una epistaxis, el síndrome vertiginoso y patologías asociadas a dolor intenso y/o ansiedad son capaces de producir alzas de la presión arterial en normotensos, y exacerbar la hipertensión de base en hipertensos establecidos. Por lo que se hace necesario individualizar la atención de la crisis hipertensiva, para obtener cifras tensionales seguras, pero que no provoquen hipo- perfusión de órganos nobles. (MATURELL, 2012).

Las crisis o elevaciones bruscas de la presión arterial se dividen de acuerdo con el VII Reporte del Comité Nacional Conjunto para la Prevención, Detección, Evaluación y Tratamiento de la Presión Arterial Elevada en urgencias y emergencias.

Las urgencias son crisis sintomáticas que no requieren disminuir la presión arterial inmediatamente. En las emergencias ocurre ataque a un órgano diana (corazón, riñón, cerebro, etc.); hay peligro de muerte y la presión debe reducirse con rapidez relativa, pero sin causar una hipotensión que pudiera agravar la isquemia. El concepto del tiempo en que debe disminuirse la presión arterial en las emergencias fue modificado a finales de 1997 por el VI Reporte que sugirió reducirla en 1 hora hasta 160 mm Hg y 100 mm Hg de presión sistólica y diastólica para después, lentamente, tratar de alcanzar la normotensión. La causa de esta modificación fue el aumento de la isquemia que suele ocurrir por la caída brusca de la presión de perfusión. (JUAREZ, 2002).

1.2 CLASIFICACIÓN DE LA HIPERTENSIÓN:

1.2.1 Según su causa.

Primaria ó Esencial: No tiene causa conocida.

Secundaria: En ésta se encuentran como causas los trastornos de tipo renal, reno vascular, endócrinos ó el embarazo.

1.2.2 Según el daño orgánico.

Fase 1:

No hay daño orgánico.

Fase 2:

Hay dos ó más daños como alteración de la relación vena- arteria ocular.

Hipertrofia ventricular Izquierda.

Aumento de la creatinina plasmática

Aumento de la proteinuria

Fase 3:

Daño en cualquiera de los órganos diana: corazón, riñón, retina y cerebro.

3. *Los valores de la presión arterial según la OMS. (BAGLIVO, 2003).*

<i>OPTIMA</i>	<i>< 120</i>		<i>< 80</i>
<i>NORMAL</i>	<i>< 130</i>		<i>< 85</i>
<i>NORMAL-ALTA</i>	<i>130 - 139</i>		<i>85 - 89</i>
<i>HTA ESTADIO I</i>	<i>140 - 159</i>		<i>90 - 99</i>
<i>HTA ESTADIO II</i>	<i>160 - 179</i>		<i>100 - 109</i>
<i>HTA ESTADIO III</i>	<i>➤ 179</i>		<i>➤ 100</i>
<i>HTA SISTOLICA AISLADA</i>	<i>➤ 139</i>		<i>➤ 90</i>

1.2.3 Según la Urgencia:

1.2.3.1 Crisis Hipertensivas: Aumento súbito de la presión arterial (PA) en pacientes con ó sin antecedentes de hipertensión que requiere tratamiento médico urgente. Afecta >30% de las personas >de 20 años de edad en USA. Un paciente hipertenso tiene una probabilidad de padecer de 1 a 2% una emergencia hipertensiva en su vida. Se define como crisis hipertensiva a las situaciones caracterizadas por una elevación aguda de la tensión arterial (T/A), capaz de producir alteraciones orgánicas y/o funcionales en los órganos diana, que puedan llegar a comprometer a dichos órganos y/o la vida del paciente. En el adulto mayor se considera crisis hipertensiva a la elevación de la tensión arterial diastólica mayor de 120 a 130 mmHg. (CASTILLO, 2010).

Ocurren en menos del 1% de los pacientes con antecedentes de Hipertensión Arterial. Se manifiesta con más frecuencia en pacientes con antecedente de Hipertensión Arterial conocida. El uso de terapéuticas inadecuadas, constituye la causa más frecuente de su aparición.

1.2.3.1.2 Urgencias Hipertensivas: Es una elevación de la presión Arterial sin la evidencia de daño a órgano blanco. No significa peligro de muerte inminente. Estos pacientes necesitan una reducción de su PA, sin embargo ésta reducción se puede lograr en 24 a 48 hrs, pueden ser en forma ambulatoria, se usa medicamento Oral. Hay que evitar una disminución excesiva ó muy rápida de la T/A que fomentaría la hipoperfusión cerebral y la insuficiencia coronaria

El sistema nervioso central se afecta cuando los elevados niveles de presión arterial sobrepasan la auto regulación cerebral para mantener una presión de perfusión constante. Con incrementos de la presión se produce una vasoconstricción reaccional que se ve sobrepasada cuando los niveles tensionales llegan a determinado nivel se produce un trastorno a través de los capilares, con progresivo daño anatómico a la arteriola con daño fibrinoide.

Estas modificaciones llevan a la pérdida progresiva de la autorregulación y daño isquémico parenquimatoso. El sistema cardiovascular se afecta a través de un desproporcionado aumento de la pos carga que puede provocar falla miocárdica con edema pulmonar, isquemia miocárdica e infarto al miocardio.

El riñón disminuye su función cuando la hipertensión arterial crónica acelera la arterioesclerosis produce necrosis fibrinoide disminución global y progresiva de los sistemas de autorregulación de la circulación sanguínea renal. (HEART, 2007).

1.2.3.1.3 Emergencia Hipertensiva: Es aquella elevación de la presión arterial por encima de los niveles aceptados en un paciente que desencadena daño en un órgano y cuyo tratamiento debe de ser en cuidados intensivos para evitar un daño permanente y uso de medicamentos intravenoso para bajar las cifras tensionales, representa un daño permanente. Las presiones sistólicas (PAS), están por encima de 120-130 mmHg, mientras que PAD < 130 mmHg en pacientes con hipertensión crónica no produce disfunción orgánica excepto en niños y mujeres en embarazo. (VALENCIA, 2003).

- El daño a órgano blanco se puede manifestar como:

- Repercusiones cerebrales :
 - Encefalopatía.
 - Hemorragia intracraneal.
 - Infartos lacunares.
- Repercusiones oculares :
 - Espasmo arterial.
 - Edema de papila.
 - Lesiones retinianas agudas.
- Repercusiones renales :
 - Insuficiencia renal aguda.
- Repercusiones especiales :
 - Preeclampsia.
 - Eclampsia.
- Repercusiones cardíacas :
 - Edema agudo de pulmón.
 - Insuficiencia coronaria.
- Repercusiones vasculares :
 - Aneurisma disecante de aorta.

La Crisis Hipertensiva constituyen una situación clínica que puede poner en riesgo la vida del sujeto hipertenso, estimándose que aproximadamente un 1-2% de los pacientes hipertensos desarrollarán una CH en algún momento de su vida, y su incidencia parece que ha aumentado en los últimos años. Son más frecuentes en ancianos y en varones, con una relación 2:1. Más del 50% de las CH son atribuidas al abandono terapéutico en la semana previa. (PINAR, 2012).

Un paciente hipertenso tiene una probabilidad de 1-2% de tener una emergencia hipertensiva en su vida. Es una patología común y frecuente en pacientes ancianos y afroamericanos. La razón hombre mujer es de 2:1 En general los pacientes que sufren una emergencia hipertensiva tienen las siguientes características: ya tienen HTA crónica de base, no son adherentes al tratamiento o han suspendido el

medicamento presentando un efecto de rebote, les falta cuidado primario, tienen una causa secundaria para la HTA, consumen sustancias alucinógenas.

Teniendo en cuenta lo anterior, lo más importante de la HTA es prevenirla; como los factores de riesgo no modificables siempre mantendrán su condición, sólo se tiene la posibilidad de actuar sobre los modificables.

- En 1948 Framingham determinó la prevalencia y la incidencia de morbimortalidad de las enfermedades cardiovasculares asociadas a factores de riesgo como hipertensión arterial, tabaquismo, obesidad, sedentarismo, Diabetes Mellitus e hipercolesterolemia, constituyendo el pilar básico para tomar decisiones terapéuticas en base a la estimación del riesgo. (JAMA, 2003).

1.3. FACTORES PREDISPONENTES DE CRISIS HIPERTENSIVA.

- Aumento brusco de la hipertensión arterial en pacientes hipertensos conocidos.
- Ingestión de fármacos simpaticomiméticos, cocaína, anfetaminas antidepresivos tricíclicos.
- Efecto de rebote por supresión de fármacos antihipertensivos.
- Eclampsia y preeclampsia.
- Feocromocitoma.
- Glomerulonefritis aguda.
- Traumatismo craneoencefálico.
- Vasculitis.
- Hipertensión renovascular.
- Tumores secretores de renina
- Quemaduras extensas.
- Esclerosis sistémica progresiva
- Lupus eritematoso sistémico.
- Enfermedad renal parenquimatosa. (LOPEZ, 2012).

1.4 CUADRO CLÍNICO:

Las principales motivos de consulta por los que acuden ó son remitidos al departamento de urgencias como “Crisis Hipertensivas” son muchos, van desde el paciente asintomático con hallazgo de cifras elevadas de presión arterial, hasta el paciente que cursa con Hipertensión crónica de larga evolución tolera perfectamente y de forma asintomática una presión arterial (PA) de 150/100mmHg.

Las urgencias hipertensivas constituyen el 76 % de las CH. Con frecuencia estos pacientes presentan síntomas de menor gravedad, principalmente cefalea (22 %), epistaxis (17 %), mareos y agitación psicomotriz (10 %).

En las urgencias hipertensivas (24 % de las CH), los pacientes presentan de forma características dolor torácico (27 %), disnea (22 %) o déficit neurológico (21 %).

La lesión de órgano diana suele manifestarse como infarto cerebral (24 %), edema pulmonar agudo (23 %) o encefalopatía hipertensivas (16 %).

En el caso de una emergencia hipertensiva, será la sintomatología y los hallazgos físicos los que nos orientarán a este diagnóstico. Así, un paciente puede acudir por alteraciones visuales, cefalea, confusión y vómitos, como manifestación de una encefalopatía hipertensiva o bien con disminución del nivel de conciencia en el caso de un hematoma intraparenquimatoso o una hemorragia subaracnoidea. Las afecciones cardiovasculares incluyen síndrome coronario agudo (SICA), la disnea rápidamente progresiva en el caso del edema agudo de pulmón y el dolor torácico y/o abdominal en el caso de la disección aórtica. En el caso de la mujer grávida con preeclampsia, la aparición de una afectación renal severa con oliguria, anuria y anemia microangiopática nos estará indicando que se trata de una eclampsia. La forma de presentación más habitual de la hipertensión acelerada-maligna es la cefalea con alteraciones visuales, que aparecen en hasta un 50%. (GOMEZ, 2010).

1.5 DIAGNÓSTICO:

Aquí es importante establecer el diagnóstico diferencial con una falsa crisis hipertensiva, en la que la PA se normaliza al desaparecer el estímulo que la desencadena. Por ello, la actitud diagnóstica debe incluir:

- Confirmar que se trata de una verdadera crisis hipertensiva.
- Discriminar correctamente entre urgencia y emergencia hipertensiva
- Iniciar el estudio de su etiología.

Y para todo ello nos basaremos en la anamnesis, exploración física y pruebas complementarias.

Fisiopatogenia

El rápido desarrollo de daño de órgano agudo de las emergencias hipertensivas es atribuido a la falla en el mantenimiento de la normal autorregulación de los lechos vasculares de órganos de choque (cerebro, riñón, retina y corazón) y por otro lado un aumento abrupto de las resistencias vasculares sistémicas. Conduciendo a una injuria endotelial con necrosis fibrinoide de arteriolas. Estableciéndose el ciclo isquemia, depósito plaquetaria, y falla de la autorregulación con deterioro clínico del paciente. Los gatillos específicos de este fenómeno no son conocidos.

Definiendo según el compromiso

Emergencias Hipertensivas:

Definida por la presencia de daño de órgano agudo, que requiere rápido descenso de TA, en un intervalo de horas. Usualmente requiere internación en unidad de cuidados críticos con medicaciones por vía parenteral. En estos casos la TA cumple un rol patogénico en la génesis y progresión del cuadro. Es imperativo el descenso de la TA como terapéutica del cuadro. Debemos recalcar que la emergencia está definida por la gravedad del cuadro clínico y no por los valores de TA, usualmente la TAD es mayor 120 mmHg. Encefalopatía Hipertensiva.

Hipertensión maligna-acelerada.

Anamnesis: en el paciente hipertenso conocido es importante precisar el origen de la hipertensión, tiempo de evolución y repercusión sobre órganos diana, presencia de enfermedades concomitantes y las características del tratamiento previo.

Hipertensión Sistólica Aislada (HSA):

Es más frecuente en personas de más de 65 años de edad. Se considera así cuando la PA sistólica es \geq o $>$ de 140 mmHg y la PA diastólica es $<$ de 140 mmHg.

Hipertensión de la Bata Blanca:

Se consideran con este tipo de hipertensión a las personas que tienen elevación habitual de la PA durante la visita a la consulta del médico, mientras es normal su PA en el resto de las actividades.

Hipertensión Refractaria o Resistente:

Es aquella que no se logra reducir a menos de 160/100 mmHg con un régimen adecuado terapéutico con tres drogas en dosis máximas, siendo una de ellas un diurético. (OROPEZA, 2008).

En el caso del paciente que no se sabe hipertenso tendrán más relevancia las características clínicas y evolutivas de la crisis.

Exploración: Primero y con el fin de determinar si se trata de una verdadera crisis hipertensiva se mantendrá al paciente en reposo en un lugar tranquilo y sin ruido durante un mínimo de 30 minutos, después de lo cual se procederá a una nueva toma de la PA, pues a veces, tras el reposo, se puede observar un descenso de

dichas cifras, convirtiendo así una teórica urgencia hipertensiva en una hipertensión ligera-moderada o incluso, en una situación de normotensión.

Una vez descartada esta situación, se procederá a una exploración general completa orientada fundamentalmente a evaluar las posibles repercusiones de los órganos diana (sistema nervioso, aparato circulatorio, vasos retinianos). *Es muy importante el realizar un fondo de ojo:* a aquellos pacientes con cifras de PAD > 120 mmHg, ya que las anomalías fundoscópicas pueden condicionar actitudes terapéuticas concretas.

Pruebas complementarias: en principio no sería necesario el realizar ninguna. Sin embargo, según la sospecha etiológica, la patología acompañante o la afección de órganos diana podría ser necesario practicar: hemograma, creatinina y electrolitos séricos, analítica de orina, electrocardiograma y radiografía de tórax. (SIMON, 2003).

1.6 TRATAMIENTO:

Todo paciente con una emergencia hipertensiva debe ser tratado en un medio hospitalario. Se requerirá un descenso en el plazo máximo de 1-2 horas a fin de evitar lesiones irreversibles sobre los órganos diana. La magnitud del descenso de PA también dependerá de la situación en la que nos encontremos. Así, como norma general, el objetivo será una reducción del 20-25% del valor inicial de la PA, intentando mantener la PAD < 100 mmHg. Por el contrario, no debemos intentar conseguir descensos de PAS < 160 mmHg ó PAD < 100 mmHg en emergencias asociadas a enfermedad vascular cerebral.

La mayoría de las crisis se controlan con un único fármaco. Su vía de administración será preferentemente parenteral. Este fármaco seleccionado deberá cumplir los siguientes requisitos:

- Rápidez de acción.
- Acción progresiva y sostenida.

- Acción proporcional a las cifras de pa iniciales.
- Facilidad de administración y dosificación.
- Actuar sobre las resistencias periféricas.
- No interferir la autorregulación del flujo sanguíneo cerebral.
- Carecer de efectos secundarios limitantes.

Las emergencias hipertensivas, el fármaco de elección en casi todas sus formas clínicas es el *Nitroprusiato de sodio* en perfusión continua endovenosa, estando en 2ª línea el enalaprilato, el labetalol y la nitroglicerina. Recordar únicamente que el nitroprusiato está contraindicado en la preeclampsia grave y eclampsia, en donde son de elección el labetalol y la hidralacina.

En un reciente trabajo realizado en pacientes con urgencia hipertensiva se ha podido comprobar que *el lacidipino* (calcioantagonista de última generación), *con inicio* de acción gradual y larga duración, presenta una eficacia superior a la del nifedipino, con un control de presión que abarca las 24 horas tras su administración. Todo ello lo convierte en un fármaco de primera línea para el tratamiento de la urgencia hipertensiva. (DIAZ, 2003).

El avance en el tratamiento de las enfermedades se ha basado en la formación continuada de los facultativos, la mejora de las técnicas de diagnóstico y el desarrollo de nuevas terapias. Los ensayos clínicos controlados representan los instrumentos que prueban la eficiencia de un fármaco en una cohorte seleccionada, controlada y monitorizada de forma estricta. Sin embargo, el paso del fármaco a la población general hace que se pierda efectividad debido a la falta de cumplimiento por el paciente, tanto en lo que se refiere a la dosificación como a la duración.

Medir la adherencia al tratamiento es necesario si se quiere optimizar el manejo terapéutico de las enfermedades. Las herramientas con este propósito son diversas, sin embargo, la mayoría de ellas no cumplen su cometido a la perfección. La adherencia engloba dos conceptos: *cumplimiento* de dosis y forma de administración (*compliance* para los anglosajones) y *persistencia* en la duración del tratamiento

prescrito. Según ambos conceptos, se pueden identificar diversos métodos de medición. Teóricamente el máximo cumplimiento terapéutico, tanto de dosis prescrita como de forma de administración, estaría reflejado en la relación (comprimidos tomados/comprimidos prescritos) y sería del 100% si en la fórmula numerador y denominador fueran iguales. (CARBALLO, 2010).

CAPITULO II: METODOLOGIA

2.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

¿Cuáles son los factores de riesgo de Crisis Hipertensiva en pacientes en el departamento de urgencias del HGZ No. 46.

2.2 HIPÓTESIS.

- No se elabora hipótesis porque es un estudio descriptivo

2.3 OBJETIVO GENERAL.

- Identificar los factores de riesgo de la Crisis Hipertensiva en pacientes en el departamento de urgencias del HGZ No. 46.

2.3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS.

- Identificar los aspectos socio demográficos de los pacientes en estudio

2.4 JUSTIFICACIÓN:

La hipertensión arterial sistémica afecta alrededor del 26.6% de la población de 20 a 69 años de edad y cerca del 60% de los individuos afectados desconoce su enfermedad. En nuestro país existen más de trece millones de personas con éste padecimiento de las cuales ocho millones no han sido diagnosticados.

La crisis hipertensiva constituye una situación clínica que puede poner en riesgo la vida del sujeto hipertenso, estimándose que aproximadamente un 1-2% de los pacientes hipertensos desarrollarán una crisis hipertensiva en algún momento de su vida. De los principales factores implicados en la aparición de una crisis hipertensiva se menciona a la suspensión de fármacos, causas secundarias de hipertensión y consumo de otras sustancias.

Debido a la alta frecuencia en el número de consultas de crisis hipertensiva atendida en nuestra unidad de urgencias y a que no existe estudio previo sobre los factores de riesgo que llevan a éstos pacientes a su descontrol, se decide realizar éste

estudio para determinar cuáles han sido los factores predisponentes y cuáles pueden ser las medidas preventivas que puedan modificarse en estos pacientes

2.5 TIPO DE INVESTIGACION

Se realizó un estudio transversal, prospectivo, observacional, descriptivo.

2.6.- DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

Factores de riesgo para crisis hipertensiva: se considera como factor de riesgo positivo en presencia de cualquiera de las siguientes situaciones masculino, edad de 65 años o más, no adherencia al tratamiento, suspensión de fármacos antihipertensivos en la última semana, uso de cocaína, enfermedades que elevan la presión arterial, uso de farmacos en la ultima semana que elevan la presión arterial.

2.6.1 Edad de 65 ó más

Variable conceptual: Es el tiempo de vida de una persona a partir de su nacimiento.

Tipo de variable. Cuantitativa Nominal Dicotómica.

Forma de medición: Directa mediante encuesta de datos generales.

Definición operacional. Se anotó sólo el número de años.

Escala de medición. Nominal.

2.6.2 Sexo Masculino

Variable conceptual: Características físicas que diferencian al hombre y mujer.

Tipo de variable. Cualitativa nominal Dicotómica.

Forma de medición: Directa mediante encuesta de datos generales.

Definición operacional. Se anotó sólo femenino o masculino.

Escala de medición. Nominal

2.6.4 Adherencia al tratamiento

Variable conceptual. Es la regularidad con que el sujeto toma su medicamento, en base al test de Morisky

Tipo de Variable. Cualitativa Nominal Dicotómica

Forma de Medición: Directa mediante encuesta de datos generales.

Definición operacional. Se anotó Adherente: La persona que responde “NO” a las 4 preguntas No-adherente: Si contesta “SI” en al menos una de las preguntas.

Escala de medición. Nominal.

2.6.5 Suspensión de fármacos antihipertensivos en la última semana

Variable conceptual. Si presento dicha característica.

Tipo de variable. Cualitativa Nominal Dicotómica.

Forma de medición. Mediante encuesta de datos generales.

Definición operacional. Se anoto, si ó no.

Escala de medición. Nominal.

2.6.6 Uso de cocaína

Variable conceptual. Si presentó dicha característica.

Tipo de Variable. Cualitativa Nominal Dicotómica.

Forma de medición. Si presentó dicha característica.

Definición operacional. Se anotó si ó no.

Escala de medición. Nominal.

2.6.7 Presencia de enfermedades que elevan la presión arterial

Variable conceptual. Si presentó dicha característica.

Tipo de Variable. Cualitativa Nominal Dicotómica

Forma de medición. Si presentó dicha característica.

Definición operacional. Se anoto Si padeció alguna enfermedad como:
Feocromocitoma, Síndrome Cushing, Hiperparatiroidismo, Hipertiroidismo,
Aldosteronismo, Feocromocitoma, Tumor de Willis, Glomerulonefritis, Lupus
eritematoso sistémico, Esclerodermia, Síndrome de Wagener.

NO, si no padecen enfermedades que eleven la presión arterial.

Escala de medición. Nominal.

2.6.8 Uso de Fármacos que elevan la presión arterial en la última semana

Variable conceptual. Se refiere si usaron algún Medicamento que eleve la presión arterial.

Tipo de Variable. Cualitativa Nominal Dicotómica.

Forma de medición. Directa, sobre la encuesta de datos.

Definición operacional. Si usó farmacos que eleven la presión arterial como:
Corticosteroides, Estrógenos o anticonceptivos, Antidepresivos tricíclicos, Cafeína y
ergotamina, Clorfeniramina compuesta, Fenilefrina, Nafazolina, Oximetazolina,
Terbutalina, Salbutamol.

NO si no usó medicamentos que eleven la presión arterial.

Escala de medición. Nominal.

2.6.9 Edad

Variable conceptual: Es el tiempo de vida de una persona a partir de su nacimiento.

Tipo de variable. Cuantitativa Nominal Dicotómica

Forma de medición: Directa, mediante encuesta de datos generales.

Definición operacional. Comprendida desde los 18 años

Escala de medición. Nominal.

2.6.10 Sexo

Variable conceptual: Características físicas que diferencian al hombre y mujer.

Tipo de variable. Cualitativa nominal Dicotómica.

Forma de medición: Directa mediante encuesta de datos generales.

Definición operacional. Se anotó sólo sexo femenino o masculino.

Escala de medición. Nominal

Escala de medición. Nominal.

2.6.11 Consumo de fármacos nuevos durante la última semana

Variable conceptual: Se refiere si en la última semana consumió medicamentos que provocó que se eleve la presión arterial.

Tipo de variable: cualitativa nominal.

Forma de Medición: Directa, mediante encuesta de datos generales.

Definición Operacional: Se anotó solo Si ó No, al que consumía farmacos en la última semana.

Escala de medición: Nominal.

2.6.12 Tipo de fármacos nuevos usados durante la última semana

Variable conceptual: Se refiere a especificar el tipo de fármacos utilizados

Tipo de Variable: Cualitativa Nominal.

Forma de Medición: Directa mediante la encuesta de datos.

Definición Operacional: Se dice, mencionar el nombre del fármaco.

Escala de Medición: Nominal.

2.6.13 Enfermedades agregadas:

Variable conceptual: Se refiere a si padece alguna enfermedad además de la hipertensión.

Tipo de Variable: Cualitativa Nominal.

Forma de Medición: Obtenidos de la encuesta de datos.

Definición Operacional: Si ó No.

Escala de Medición: Nominal

2.6.14 Tipo de enfermedad agregada

Variable conceptual: Se refiere a especificar cual enfermedad agregada padece.

Tipo de Variable: Cualitativa Nominal.

Forma de Medición: Directa mediante la encuesta de datos.

Definición Operacional: Mencionar el tipo de enfermedad

Escala de Medición: Nominal.

2.6.15 Obesidad:

Variable Conceptual: Se obtuvo en base al IMC, el cual es el cociente entre el peso de una persona y la talla al cuadrado (El IMC se obtuvo de la tarjeta de salud del paciente, en caso de contar con ella)

Tipo de Variable: Cualitativa Nominal.

Forma de Medición: Se obtiene mediante encuesta de datos.

Definición Operacional: Rango de obesidad ($IMC \geq 30$) Rango sin obesidad ($IMC < 30$).

Escala de Medición: Nominal.

2.6.16 Consumo de Alcohol:

Variable Conceptual: Preguntar Consume alcohol?

Tipo de Variable: Cualitativa Nominal.

Forma de Medición: Obtenida de la encuesta de datos.

Definición Operacional. Si ó No, lo consume.

Escala de Medición: Nominal

2.6.17 Consumo de Tabaco:

Variable Conceptual: Se refirió a si fuma tabaco.

Tipo de Variable: Cualitativa Nominal.

Forma de Medición: Obtenida de la Encuesta de Datos.

Definición Operacional: Si ó No fuma tabaco.

Escala de Medición: Nominal.

2.6.18 Antecedente de estrés en la última semana.

Variable Conceptual. Se refirió a si ha tenido situaciones de mucha tensión en su familia o su trabajo

Tipo de Variable. Cualitativa Nominal.

Forma de Medición. Obtenida de la encuesta de datos.

Definición Operacional. Si ó No.

Escala de Medición. Nominal.

2.6.19 Realiza algún Deporte.

Variable Conceptual. Es todo ejercicio que implica gasto de energía.

Tipo de Variable. Cualitativa Nominal.

Forma de Medición. Obtenida de la encuesta de datos.

Definición Operacional. Se pone Si ó No.

Escala de Medición. Nominal.

2.6.20 Agrega sal a los alimentos antes de probarlos.

Variable Conceptual. Se refiere si se pone sal extra a los alimentos antes de probarlos.

Tipo de Variable. Cualitativa Nominal.

Forma de Medición. Obtenida de la encuesta de Datos.

Definición Operacional. Si ó No.

Escala de Medición Nominal.

2.6.21 Antecedente de Dislipidemia en la sangre (grasas

Variable Conceptual. Se refiere si presenta colesterol ó Triglicéridos en la sangre (grasas).

Tipo de Variable. Cualitativa Nominal.

Forma de Medición. Obtenida de la encuesta de datos.

Definición Operacional. Se pone Si ó No.

Escala de Medición. Nominal.

2.7.- SUJETOS DE ESTUDIO:

2.7.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Que sea paciente que padezca hipertensión arterial y que presentó Crisis Hipertensiva.
- En el periodo de tiempo fue de agosto a septiembre de 2013.
- Pacientes o familiares del paciente que aceptaron participar en el estudio a través de consentimiento informado.
- Pacientes adscritos al HGZ No.46 en Gómez Palacio, Dgo.
- Sexo Indistinto.
- Adultos mayores de 18 años de edad.
- Que supieron leer y escribir (ya sea el paciente ó el familiar).

2.7.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Encuestas incompletas

2.7.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Ninguno.

2.8 POBLACION Y MUESTRA:

Población de 62 adultos del HGZ No. 46 internados en el Departamento de Urgencias con diagnóstico de Crisis Hipertensiva durante el periodo de agosto a septiembre de 2013.

2.8.1 TAMAÑO DE MUESTRA

- Se captaron todos los pacientes que ingresaron por dicho cuadro de Crisis hipertensiva durante el periodo de estudio.

2.8.2 TIPO DE MUESTREO

- No necesario

2.9 INSTRUMENTOS DE MEDICION

2.9.1 ENCUESTA SOBRE FACTORES DE RIESGO PARA CRISIS HIPERTENSIVA

Consta de 7 aspectos: sexo masculino, edad de 65 años o más, suspensión de fármacos antihipertensivos en la última semana, no adherencia al tratamiento, consumo de fármacos que elevaron la presión arterial, uso de cocaína, enfermedades que elevaron la presión arterial. Respecto a la adherencia al tratamiento, ésta se evaluó a través del test de Morisky Green Levin, el cual es un método validado para varias enfermedades crónicas. Consiste en una serie de 4 preguntas de contraste con respuestas dicotómicas si/no, que refleja la conducta del enfermo respecto al cumplimiento. Se pretendió valorar si el enfermo adoptó actitudes correctas con relación con el tratamiento para su enfermedad, asumiendo que si las actitudes son incorrectas el paciente es incumplidor.

2.9.2 ENCUESTA SOBRE ASPECTOS GENERALES:

Encuesta basada en 13 ítems. Entre los datos a obtener, se encontró los siguientes: sexo, edad, consumo de fármacos nuevos durante la última semana, tipo de fármacos nuevos usados durante la última semana, enfermedades agregadas, tipo de enfermedad agregada, obesidad, consumo de alcohol, consumo de tabaco, antecedente de estrés en la última semana, realizó algún deporte, Agregó sal extra a los alimentos antes de probarlos, Antecedente de colesterol y triglicéridos (grasas) en la sangre.

2.10 DISEÑO DE LA INVESTIGACION:

2.10.1 PROCEDIMIENTO:

En los meses de agosto a septiembre de 2013, previa autorización y consentimiento del comité de investigación SIRELCIS, así como el de las autoridades de la HGZ No. 46 del IMSS en la ciudad de Gómez Palacio, Durango; con la aceptación del Director Médico en turno, se realizó la investigación correspondiente a esta Tesis. El

investigador (a) y autor (a) del presente estudio, acudió de lunes a viernes durante la mañana y tarde al departamento de urgencias donde se captó a todo paciente internado por crisis hipertensiva. Posteriormente se les pidió a los pacientes ó a sus familiares que se encontraron internados y que participaron en la investigación, se les explicó la finalidad del estudio. Se les informó que su aportación en la investigación fue de forma individual, confidencial y respetuosa; previa aceptación y firma del consentimiento informado, proporcionaron información fidedigna donde contestaron dos cuestionarios, los cuales fueron auto aplicados, contando con la presencia del investigador donde se resolvió cualquier duda y donde se recabó el IMC de su tarjeta de salud. Posteriormente los cuestionarios fueron revisados y verificado su adecuado llenado.

Los recursos humanos, constaron de 2 personas: la autora, encuestador, codificadora, capturista de la investigación: Dra. María Guadalupe Ramos Gallegos; así como el tutor responsable que se encargó de asesorar esta tesis: Dr. Luis Fernando Torres Cenicerros / Médico especialista en Medicina Familiar y profesor adjunto de la especialidad de Medicina Familiar. El material que se usó fue el siguiente: lápiz, las hojas donde se encontró elaborada la encuesta, y una laptop donde se vaciaron los datos de las encuestas. Con un tiempo establecido de 12 horas diarias por dos meses, en aproximadamente 60 días hábiles.

2.11.- ANALISIS DE DATOS:

Los datos obtenidos de las encuestas se vaciaron en una hoja de datos Excel 2007 y el análisis estadístico se realizó el programa SPSS versión 15.

Para variables cualitativas se realizaron frecuencias, porcentajes y porcentajes acumulados.

Para las variables cuantitativas se realizaron medidas de tendencia central (mediana, media) y medidas de dispersión (desviación estándar, mínima y máxima).

Las variables cualitativas se presentaron mediante tablas y/o gráficas (de barra y/o pastel).

Se realizó prueba de hipótesis (χ^2 y t de Student) para complementar el análisis estadístico, considerando una significancia del 5%

CAPITULO III: RESULTADOS

Se estudió un total de 62 pacientes internados con diagnóstico de crisis hipertensiva, de los cuales 40 pacientes (64.5%) fueron del sexo femenino. El promedio de edad de los pacientes fue de 56.5 ± 13.4 años. En cuanto al antecedente de toxicomanías (tabla 1), lo mas referido fue el consumo de alcohol, con un total de 29 pacientes (46.8%). En cuanto a otros aspectos 33 pacientes (53.2%) refirieron el antecedente de estrés. Solo 7 pacientes (11.3%) refirieron realización de deporte. Respecto a los hábitos alimenticios, 50 pacientes (80.6%) refirieron el consumo de grasas y 46 pacientes (74.2%) refirieron agregar sal a los alimentos antes de consumirlos. En la tabla 2 se muestra algunos de los medicamentos que los pacientes refirieron estar consumiendo.

Tabla 1. Toxicomanías en los pacientes con Urgencia hipertensiva del HGZ 46

	Frecuencia	Porcentaje
Tabaco	23	37.0
Cocaína	2	3.2
Alcohol	29	46.7

n= 62

Tabla 2. Fármacos utilizados por los pacientes encuestados en el HGZ 46

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguno	49	79.0
Clorfeniramina	1	1.6
Levotiroxina	1	1.6
Eritropoyetina	3	4.8
Butilhoscina	2	3.2
Isosorbide	1	1.6
Difenidol	1	1.6
Diclofenaco	1	1.6

Paracetamol	1	1.6
Senosidos	1	1.6
Naproxeno	1	1.6
Total	62	100.0

En cuanto a padecer otra enfermedad 30 pacientes (48.4%) refirieron si padecerla. La Diabetes Mellitus se presentó en 23 pacientes (37.1%) y 40 pacientes (64.5%) presentaron Dislipidemia. Al evaluar la presencia de sobrepeso u obesidad en base al IMC un total de 53 pacientes (85.5%) presentaron dicho patrón de sobrepeso-obesidad. En la tabla 3 se muestra además otras enfermedades que los pacientes refirieron padecer.

Tabla 3. Otras enfermedades presentes en los pacientes con Crisis Hipertensiva.

	Frecuencia	Porcentaje
Ninguna	33	53.2
Infección de vías urinarias	3	4.8
Hipotiroidismo	1	1.6
Angina de pecho	2	3.2
Cirugia de columna	2	3.2
Colecistitis	2	3.2
Insuficiencia renal	4	6.5
Lumbalgia	1	1.6
Diabetes	4	6.5
Cefalea	1	1.6
Hernia umbilical	1	1.6
Prostatitis	1	1.6
Insuficiencia venosa periférica	1	1.6
Gastritis	1	1.6

Infarto Agudo al Miocardio	1	1.6
Insuficiencia Cardiaca Congestiva	1	1.6
Glaucoma	1	1.6
Neuralgia de trigémino	1	1.6
Enfisema	1	1.6
Total	62	100.0

En la tabla 4 se muestra los resultados al test de Morisky Green en cada una de sus preguntas.

Tabla 4. Respuestas positivas para adherencia del test Morisky Green en los pacientes con Crisis Hipertensiva.

	Frecuencia	Porcentaje
Olvida tomar alguna vez su medicamento	43	69.4
Toma los medicamentos a la hora indicada	19	30.6
Cuando se encuentra mejor. Deja alguna vez de tomar sus medicamentos.	35	56.5
Si alguna vez los medicamentos le provocan molestias. Deja de tomarlos.	53	85.5

n=62

En cuanto a la presencia de factor de riesgo en la tabla 5 se muestran los distintos factores de riesgo considerados para aparición de crisis hipertensivas, donde se observa que el factor de riesgo más común fue la falta de adherencia. Los demás factores se encuentran enlistados en dicha tabla. La tabla 6 se muestra el total de factores de riesgo acumulados, donde se aprecia que todos los pacientes presentaban al menos un factor de riesgo para crisis hipertensiva.

Tabla 5. Factores de riesgo en los pacientes con Crisis Hipertensiva.

Factor de riesgo	Frecuencia	Porcentaje
Edad	19	30.6
Sexo (masculino)	22	35.5
Adherencia	1	1.6
Cocaína	2	3.2
Enfermedad	4	6.5
Medicamento	11	17.7

n= 62

Tabla 6. Factores de riesgo acumulados en los pacientes

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
0	0	0	0
1	14	22.6	22.6
2	22	35.5	58.1
3	14	22.6	80.6
4	10	16.1	96.8
5	2	3.2	100.0
Total	62	100.0	

En cuanto al total de pacientes con diagnóstico Crisis Hipertensivas 47 (75%) fueron Urgencias Hipertensivas y sólo 15 (24%) fueron Emergencias Hipertensivas.

CAPITULO IV: DISCUSIÓN

El objetivo de nuestro estudio realizado en el HGZ 46, fue Identificar los factores de riesgo de la Crisis Hipertensiva en pacientes en el departamento de urgencias del HGZ No. 46.

La hipertensión arterial sistémica ha sido denominada asesina silenciosa, ya que a veces nos percatamos de su existencia cuando es demasiado tarde. La CH constituye un problema de alta relevancia en nuestro país. Es frecuente que la CH presente diversas complicaciones tanto crónicas como agudas. Una de estas es la crisis hipertensiva, la cual puede origina serias consecuencias, pudiendo incluso ser fatal. La CH puede estar originada por diversos factores, algunos prevenibles, por lo cual es de alta relevancia identificarlo oportunamente.

En nuestro estudio encontramos presencia de factores de riesgo en el 100% de lo sujetos Se llevó a cabo esta investigación a fin de modificar e incrementar las nociones sobre crisis hipertensivas en el mencionado grupo poblacional. Teniendo en cuenta que la hipertensión arterial es la enfermedad crónica no transmisible más frecuente en el adulto, se hace imprescindible buscar estrategias que permitan dar a conocer a la población la importancia del tratamiento no farmacológico para mantenerla controlada, lo cual está dirigido a disminuir la ingestión de sodio, alcohol y grasa de origen animal, conservar el peso ideal, así como al aporte dietético de potasio, calcio y magnesio, medidas que deberán estar relacionadas con cambios en el estilo de vida que incluye: práctica de ejercicios físicos isotónicos, desestimulación del hábito de fumar y psicoterapia de la conducta (autor relajación y la meditación). Por tal razón, en todo paciente con hipertensión deben adoptarse medidas que supriman dichos factores, lo cual muchas veces es suficiente para normalizar los valores tensionales.

La identificación e incorporación de estilos de vida saludables en los pacientes con HTA resulta de gran interés, puesto que equivale a un adecuado control de la afección, a la prevención de complicaciones y a una mejor calidad de vida.

La hipertensión arterial no solo es vista como una enfermedad, sino como un factor de riesgo de otras afecciones que constituyen complicaciones de esta, entre las que se encuentran: infarto agudo del miocardio, accidente vascular encefálico y cardiopatía isquémica.

Todo esto ha contribuido a que en la actualidad los principales problemas sean las enfermedades crónicas no transmisibles, dentro de ellas la hipertensión arterial. En muchos individuos la primera manifestación clínica es la aparición de un evento agudo: las crisis hipertensivas. Estas constituyen una complicación de la HTA, y han sido definidas como un grupo de síndromes, en los cuales los pacientes con hipertensión severa y en menor proporción, moderada, presentan asociados a la enfermedad hipertensiva de base, daño irreversible de órganos vitales (órganos dianas), lo que provoca la muerte del paciente en un período relativamente breve (Huerta 2012).

Los pacientes con emergencias hipertensivas requieren la reducción inmediata de la tensión arterial para prevenir el daño a órganos blanco. Cada una de las situaciones en que se presente esta patología deberá, como siempre en el ejercicio médico, ser individualizado para la toma de decisiones y así conseguir los mejores resultados. Los recursos farmacológicos para esta entidad han aumentado pero se requiere un profundo conocimiento de las características de cada uno para conseguir los mejores resultados. El tratamiento de las emergencias hipertensivas requiere con frecuencia del tratamiento de sus complicaciones si es que ya aparecieron; una vez resuelta la situación de urgencia deberá establecerse el tratamiento de sostén para evitar la posibilidad de un nuevo cuadro de descontrol agudo..

La falta de adherencia al tratamiento, definida como el alcance con el cual el paciente sigue o cumple las indicaciones medicas es una de las causas mas importantes del control deficiente de la presión arterial en el mundo. Cerca de la mitad de los pacientes que inician un nuevo tratamiento antihipertensivo lo abandona o modifica dentro del año de haber realizado el diagnóstico y sólo dentro de un tercio y la mitad de los que permanecen bajo tratamiento controlan la presión arterial.

El test de Morisky-Green-Levin es un método de fácil implementación muy útil para determinar la adherencia y quienes no contestan correctamente las preguntas tendrían más probabilidades de lograr un control tensional menor y cifras de presión arterial diastólicas más elevadas.

Según los autores y las validaciones por ellas publicadas, se consideran adherentes a quienes contestan NO a las cuatro preguntas de Morisky-Green-Levin y no adherentes a quienes contestan SI a una ó más.

La meta del personal de Salud es lograr la adherencia del usuario, para lo cual debe orientarlo en el proceso de cambio de conducta para que incorpore la medicación como parte de su estilo de vida.

Para mejorar la adherencia al tratamiento es muy importante que el equipo de salud refuerce los siguientes conceptos en la persona hipertensa en tratamiento farmacológico:

- Tomar los medicamentos de acuerdo a la indicación médica.
- Si se toma los medicamentos un día sí y otro no, se expone a que la enfermedad se descontrole y en globalidad, el tratamiento sea infructuoso.
- La alimentación adecuada forma parte del tratamiento y se debe de seguir. Si no se cumple, el cuerpo acumula pequeños daños y el que la persona se comporte bien otros días, no compensa los daños ya hechos.
- Los medicamentos deben de tomarse como el médico lo indicó. Para que el medicamento se pueda absorber adecuadamente, cumplir con su misión a cabalidad ó para que no produzca daños, debe tomarse en ciertas condiciones, dependiendo del fármaco: en ayunas, con el desayuno ó con las comidas ó inmediatamente antes de las comidas ó en las noches, etc.
- Es recomendable tomar el medicamento siempre a la misma hora para evitar olvidos. Lo mejor es mantener un horario fijo y asociarlo con alguna actividad habitual, como por ejemplo, junto a la taza del desayuno, junto al despertador, etc.

- Si se tiene dudas sobre como tomar el medicamento consultar con el equipo de salud que lo atiende.
- Buscar fuentes válidas de información sobre la hipertensión, que pasa en el organismo cuando la sufre, como actúa el medicamento en el cuerpo, cuales pueden ser los signos de alarma y como ayudarse si se presenta alguno de ellos.
- Conversar abiertamente con el equipo de salud acerca de los miedos ó creencias sobre los medicamentos prescritos.
- No permitir que personas diferentes al medico tratante cambien el medicamento. MINISTERIO DE SALUD, (2006).

Se ha demostrado que muchos factores favorecen la adherencia a los Medicamentos y a la terapéutica no farmacológica, sin embargo también se ha Relacionado dos factores que contribuyen a una adherencia deficiente entre los Que se destaca la naturaleza asintomática de la hipertensión arterial y la vitalicia De la enfermedad. Otros determinantes potenciales de la adherencia pueden Estar relacionados con:

Los factores demográficos como la edad y la educación.

La comprensión y la percepción del paciente acerca de la hipertensión.

Las relaciones entre los pacientes y los profesionales de asistencia sanitaria.

La modalidad del prestador de asistencia sanitaria para aplicar el tratamiento.

Las influencias de los sistemas de salud y los regímenes de medicamentos

Antihipertensores complejos.

En general los factores que influyen en la adherencia a tratamientos

Farmacológicos y no farmacológicos se describen en la literatura como un

Conjunto de factores internos y externos que el paciente en situación de riesgo de

Enfermedad cardiovascular percibe como influyente en cierto grado

Respecto de los tratamientos y sugerencias dadas por profesionales de la

Salud. (Salcedo, 2010).

En este trabajo se vio un alto índice de ingestión de alcohol, considero que se deba, a que es una población donde no existen los suficientes medios de recreación, ni áreas donde poder disfrutar de actividades sanas durante el tiempo libre, lo cual conlleva a que de una u otra forma y en diferentes grados la población consuma bebidas alcohólicas, además de la fácil adquisición de las mismas. El hecho de que el tabaquismo siga a la ingestión de alcohol puede asociarse a que generalmente las personas que ingieren bebidas alcohólicas ya sea por hábito o costumbre casi siempre son consumidores de cigarro, dos factores estrechamente relacionados entre si. La ingestión de cafeína aumenta la presión arterial de manera aguda aunque no ha comprobado que al suprimir los productos a base de cafeína se beneficie el control de la TA. El consumo de alcohol eleva la tensión arterial, aguda y crónicamente y que estudios transversales demostraron una relación entre la tensión arterial elevada y el consumo excesivo de alcohol. Las opiniones sobre los efectos del alcohol en la hipertensión son controvertidos algunos autores plantean que la ingestión de una copa diaria de alcohol favorece la circulación sanguínea mientras que otros plantean que la ingesta crónica de alcohol junto a otros factores de riesgo predispone a la hipertensión. Es bueno aclarar que el alcoholismo por si solo no eleva la tensión arterial sino que junto a otros factores de riesgo constituye un determinante de la misma. La nicotina aumenta la tensión arterial de forma aguda. El tabaquismo como uno de los principales factores de riesgo asociados a la hipertensión arterial. La totalidad de la muestra estudiada tuvo una evolución satisfactoria.

El estrés constituye una respuesta de adaptación del organismo para hacer frente a demandas del medio para las cuales la persona tiene o cree tener recursos limitados. Sin embargo, cuando estas repuestas ante las situaciones estresantes son muy intensas, frecuentes o duraderas, el estrés puede traer complicaciones en la salud, ya sea desencadenando la aparición de un trastorno, complicando su cuadro clínico o perpetuando su sintomatología.

Se ha encontrado que el estrés está relacionado con la adopción de estilos de vida perjudiciales, lo cual conduce a incrementar el riesgo de hipertensión. Al parecer, el

estrés asociado a otros factores de tipo psicosocial como la depresión y el aislamiento social, puede también aumentar la incidencia de hipertensión, a través de una asociación con los comportamientos de riesgo de salud. Además, cuando los factores de riesgo cardiovascular conocidos se relacionan con estrés, el efecto sobre la presión arterial se multiplica.

La actividad física y la dieta han sido señaladas como los principales factores para prevenir las enfermedades cardiovasculares y la obesidad. Sin embargo, recientemente se ha comenzado a poner de manifiesto la importancia de las conductas sedentarias en el desarrollo y la prevención de estas enfermedades, y además se señala que la actividad física y las conductas sedentarias no son lados opuestos del mismo continuo. Estudios recientes que han tratado de valorar cómo el estilo de vida sedentario se relaciona con la obesidad y los factores de riesgo cardiovasculares.

4.1 FORTALEZAS:

- Nuestro estudio abarcó aspectos que ha sido poco común abordar de manera específica en cuanto a los Factores de riesgo en las Crisis Hipertensivas, ya que esto nos ayudaría en gran medida a establecer medidas preventivas oportunas en este tipo de pacientes.
- La crisis hipertensiva constituye una situación clínica que puede poner en riesgo la vida del sujeto hipertenso, estimándose que aproximadamente un 1-2% de los pacientes hipertensos desarrollarán una crisis hipertensiva en algún momento de su vida. De los principales factores implicados en la aparición de una crisis hipertensiva se menciona a la suspensión de fármacos, causas secundarias de hipertensión y consumo de otras sustancias.
- Debido a la alta frecuencia en el número de consultas de crisis hipertensiva atendida en nuestra unidad de urgencias y a que no existe estudio previo sobre los factores de riesgo que llevan a éstos pacientes a su descontrol, se

decidió realizar éste estudio para determinar cuáles han sido los factores predisponentes y cuáles pueden ser las medidas preventivas que puedan modificarse en estos paciente.

- Estos resultados ponen en evidencia el trabajo sobre todos aquellos factores de riesgo modificables que existen en la población enferma con patologías crónicas no trasmisibles donde el médico juega su rol educativo con apoyo de los líderes de la comunidad representado por los consejos de salud, aspectos estos que ayudan a una adecuada e inmediata recuperación de los pacientes enfermos.
- La evolución clínica de los pacientes se comportó de forma satisfactoria, estudios prospectivos con un gran número de pacientes han demostrado que la erradicación de los hábitos tóxicos y otros factores de riesgos modificables para la hipertensión arterial han contribuido a mejorar la calidad de vida de estos pacientes.

4.1 DEBILIDADES:

- Una de las debilidades que se encontró en éste estudio fue el pequeño número de pacientes que fueron tomados en cuenta ya que solo se captaron a los pacientes en el tiempo de estudio que fue previsto para su realización (dos meses), por lo que esto nos limitó a tener el alcance a nuestros resultados.
- Otra debilidad sería que sólo se tomaron en cuenta a dos turnos mañana y tarde de lunes a viernes, lo que esto nos limitó y disminuyó el porcentaje de pacientes que fueron estudiados, quedando descubiertos los turnos nocturnos de toda la semana, así como los pacientes durante la jornada acumulada (sábado y domingo).

- Otra debilidad sería que no se tomaron en cuenta a los pacientes que son atendidos en el área de primer contacto, ya que es importante mencionar que los pacientes que llegan a esta área, son atendidos y controlados aquí mismo, y que por lo general se tratan de pacientes que cursan urgencia hipertensiva que no requirieron del ingreso a el área de urgencias para hospitalización y control y que fueron dados de alta por su favorable respuesta al tratamiento efectuado.

4.3 RECOMENDACIONES:

- Hacer promoción sobre los factores de riesgos encontrados, los cuales son modificables y en los que deben de tener cuidado en todas las instituciones,
- de realizar la promoción de las medidas preventivas de cómo disminuirlas e incluso como evitarlas.

- Realizar un estudio mas completo, es decir que abarque un mayor tiempo de realización, quizás 1 año, que traten de abarcarse todos los turnos, inclusive el área de primer contacto.

- Aunque nuestro estudio ha sido muy pequeño en cuanto a la población que se ha manejado, nos ha dejado ver lo importante que es el tener una vida saludable evitando caer en algunos de los factores de riesgo que hemos encontrado y en los que cualquiera de nosotros, incluso personal de salud podemos ser vulnerables.

- Sería ideal que este estudio se realizara año con año para ir viendo la respuesta en cuanto a los logros obtenidos y ver si las medidas preventivas que se hayan tomado en la institución han sido las adecuadas ó si se requiere hacer alguna modificación a las mismas.

- A pesar de que la población que se ha manejado en este estudio ha sido

pequeña (62 pacientes), nos ha permitido darnos cuenta cuan frecuente es el alto índice de personas que sufren de Hipertensión y más aun nos permite darnos cuenta que fácil es caer en su descontrol y llevarnos a una Crisis Hipertensiva.

- Es importante insistir en la capacitación del personal de enfermería para realizar la buena toma de presión arterial, ya que durante la realización del estudio en varias ocasiones nos pudimos percatar que no estaba bien tomada.
- Así mismo insistir en tener Baumanómetros adecuados y bien calibrados, ya que algunas de las veces nos topamos con aparatos mal calibrados ó descompuestos.

CONCLUSIONES

- 1.- El 100% de los sujetos en estudio presentaba factores de riesgo para Crisis Hipertensiva.
- 2.- El factor de riesgo más común fue la falta de adherencia farmacológica, con un 98.4 %.
- 3.-Se confirmó que el tipo de crisis hipertensiva más común sigue siendo la urgencia Hipertensiva, así como el género femenino el más afectado.

Considero que este estudio valió la pena haberlo realizado ya que me permitió conocer y valorar lo importante que es el llevar un control adecuado de nuestra salud. Según la experiencia adquirida en la práctica médica, generalmente el paciente con hipertensión, es mal conocedor de su afección, y por ende, poco perceptor de los riesgos a los cuales se encuentra expuesto. Muchas veces el equipo médico que los atiende limita sus acciones a prescribir tratamientos farmacológicos sin detenerse en una adecuada educación sobre el conocimiento de su enfermedad, ni a promover la modificación de sus estilos de vida perjudiciales.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS

- 📖 Aguada, G. (2010). *Factores de riesgo asociados a las Crisis Hipertensivas*. MINSAP Cuba. República Bolivariana de Venezuela. Misión Médica Cubana. Zulia 2010.
- 📖 Baglivo, H. Dr. (2003). *Clasificación de la hipertensión arterial en base a la definición de JNC VII y las guías de las sociedades europeas de hipertensión arterial y cardiología*. Revista Argentina de Anestesiología. Rev. Arg. Anest (2003), 61, 6: 341-345
- 📖 Bustos, M. Hugo, A (2003). *Factores de Riesgo Cardiovasculares de la Hipertensión arterial en adultos Jóvenes*. Revista Medica de Chile. 131: 973-980.
- 📖 Cáceres, L. Pérez, L. (2000). *Crisis hipertensivas: Actualización Terapéutica*. Revista Cubana de Cardiología y Cirugía Cardiovascular. 14 (2):124-32.
- 📖 Carrasco A. J. P. (2010). *Emergencia*: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (2010). ISSN 1137-6821, Vol. 22, No. 3, págs. 209-219.
- 📖 Castillo R. (2010). *Diagnostico y tratamiento de las crisis hipertensivas*. Artículo de crisis hipertensiva. Med Int Mex 19 (3): 165-174.
- 📖 Díaz, R. Martí, C. (2003) *Séptimo informe del Joint nacional committee sobre prevención, detección, evaluacion y tratamiento de la hipertensión arterial*. Grupo de HTA de la SAMFYC. 42:1206-1252.
- 📖 Fonseca G. (2008). *Comportamiento de la crisis hipertensivas en la atención primaria*. Monografías, Maracaibo, Republica Bolivariana de Venezuela. Edo.Zulia. Revista Mexicana de Cardiología, 2005 ,16 (1): 29-33.
- 📖 García f., Hernández V., García B., (2000). *Crisis hipertensivas*. Artículos originales del instituto mexicano de cardiología y cirugía cardiovascular. Ciudad de la Habana Cuba. 14(2):81-93.
- 📖 Gómez A. Ernest B. (2010). *Actitud en Urgencias. de hipertensión arterial, crisis hipertensiva y emergencia hipertensiva*. Revista de la Sociedad Española de

Cardiología de Medicina de Urgencias. ISSNT 1137-6821, Vol. 22, No. 3 2010, págs. 209- 219.

- 📖 Heart Journal (2007). *The Task Force for the Management of Arterial Hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC): 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension.* 28, 1462-1536.
- 📖 Huerta L. (2012). *Crisis Hipertensiva.* Córdoba, Ver. 30.04.2012.
- 📖 Jama, 2003. *Clasificación de hipertensión arterial según la JNC VII (2003).* Joint National Committee. JAMA. 289: 2560-2572.
- 📖 Jáuregui A. (2009). *La Hipertensión arterial sistémica.* Artículo de revisión. Acta Médica grupo ángeles Vol. 7, No. 1, enero- marzo
- 📖 Juárez. H. (2002). *Tratamiento racional de las crisis hipertensivas.* Archivo clinico de Cardiología, México. Vol. 72 Supl. 1/Enero-Marzo:S95-S99.
- 📖 López, G. A. (2012). *Factores predisponentes de crisis hipertensiva tipo urgencias y emergencia Hipertensiva en pacientes mayores de 40 años atendido en el servicio de emergencia del HPGL en el periodo de enero de 2009 al 2010.*
- 📖 Martínez, P. Carbayo, H. (2008). *Crisis Hipertensiva.* Revista clínica de medicina de familia.Vol.2 No. 5 Albacete. ISSN 1699-695x.
- 📖 Maturell, San C. (2012). *Comportamiento de las Crisis Hipertensivas en el Centro Médico del diagnóstico integral antituberculoso.* Programa estatal de Salud del Estado de México. ISSN 978-970-721-414-9.
- 📖 Ministerio de Salud (2006). *Guía Clínica Hipertensión Arterial Primaria ó Esencial en personas de 15 años ó más.* 1ra Ed. Santiago: Minsal (2006).
- 📖 Navarro R. y cols. (2005) *Urgencias hipertensivas.* Revista mexicana de cardiología. 16 (1):29-33.
- 📖 Pérez, T., S. Juárez A., (2001). *Crisis hipertensivas en los servicios de urgencias hospitalarios.* Laguna del Estal y Grupo de Estudio SUHCRIHTA. Emergencias, 13:82-88.
- 📖 Pinar, Del Rio. (2012). *Factores de riesgo y desarrollo de crisis hipertensiva, en hipertensos.* Rev. Ciencias Médicas, Vol. 16 no.1. Versión ISSN 1561-3194.

- 📖 Rodríguez, MD, Siva K. (2010). *Hypertensive Crisis*. *Cardiology in Review*; 18: 102-107.
- 📖 Salcedo, A. (2010). *Grados de Riesgo para la adherencia terapéutica en los tratamientos farmacológicos y no farmacológicos en personas con hipertensión arterial*. Bucaramanga, mayo 12 de 2010.
- 📖 Simón P. H., M. C, González P. Rodríguez R. L. (2003). *Crisis Hipertensivas*. *Miocardio*. Vol V: 250-261.
- 📖 Valencia, (2003). *Lucha contra la hipertensión arterial*. *8va Reunión de la Sociedad Española*. Vol. 1 pags. 1-15.
- 📖 Varon, (1997). *Hypertensive crises: recognition and management*. *The Internet Journal of Anesthesiology* 1997. Vol1.
- 📖 William, B. A, M.D., M.P.H. (2008) *Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure*. *Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, (JNC 7 Express)*, Pan American Health Organization. Págs. 1 – 30.

ANEXOS

ANEXO 1:

ENCUESTA DE DATOS GENERALES PARA LOS PACIENTES

INSTRUCCIONES:

Lea con cuidado y detenidamente las siguientes preguntas, seleccione y marque con una "X" en el espacio específico. En el caso de las preguntas abiertas sólo conteste lo que se le pregunta. Si no comprende alguna pregunta, por favor hágaselo saber al encuestador.

CUESTIONARIO

1.- ¿Cuál es su edad?

2.- ¿Cuál es su sexo? Masculino Femenino

3.- ¿Cuál es su peso y su estatura?

Peso Estatura IMC

4.- ¿Fuma usted tabaco?

SI NO

5.- ¿Ha usado usted Cocaína?

SI NO

6. ¿Consume usted Bebidas Alcohólicas?

SI NO

7.- ¿Ha presentado estrés en la última semana?

SI NO

8.- ¿Realiza usted algún deporte?

SI NO

9.- ¿Ha suspendido el tratamiento para el control de la presión arterial alta en la última semana?

SI NO

10. ¿Padece usted Colesterol ó Triglicéridos (grasas) en sangre?

SI NO

11.- ¿Agrega Sal a los alimentos antes de probarlos?

SI NO

12.- ¿Padece usted alguna enfermedad Además de la Presión alta?

SI NO

13.- Especifique cual es _____

14.- ¿Padece alguna de las siguientes enfermedades?

- | | | | | |
|---|----|--------------------------|----|--------------------------|
| a) Diabetes Mellitus II | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| b) Dislipidemia (grasas en la sangre). | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| c) Obesidad | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| d) Hiperparatiroidismo | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| e) Síndrome de Cushing | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| f) Aldosteronismo | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| g) Feocromocitoma | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| h) Tumor de Willis | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| i) Glomerulonefropatías (enfermedad del Riñón). | | | | |
| | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| j) Lupus Eritematoso | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| k) Esclerodermia | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| L) Síndrome de Wegener | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |

15.- ¿Usted ha usado alguno de los siguientes medicamentos en la última semana?

- | | | | | |
|--|----|--------------------------|----|--------------------------|
| a) Corticosteroides | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| b) Estrógenos | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| c) Anticonceptivos | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |
| d) Antidepresivos tricíclicos (Imipramina, amitriptilina, desipramina, clomipramina, amoxapina, etc.). | SI | <input type="checkbox"/> | | <input type="checkbox"/> |
| e) Cafeína con ergotamina | SI | <input type="checkbox"/> | NO | <input type="checkbox"/> |

g) Clorfeniramina simple ó compuesta, Fenilefrina, Nafazolina, Oximetazolina.

SI NO

h) Terbutalina, Salbutamol.

SI NO

16.- ¿Cuales Medicamentos nuevos ha usado en la última semana?, favor de anotar el nombre del fármaco

GRACIAS !

ANEXO 2:

TEST DE *MORISKY-GREEN* DE EVALUACIÓN DE CUMPLIMIENTO
TERAPÉUTICO

Este método, validado, para varias enfermedades crónico, fue desarrollado originalmente por Morisky, Green y Leven, para valorar el cumplimiento de la medicación en pacientes con hipertensión arterial.

¿Olvida alguna vez tomar sus medicamentos?

Si

No

¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?

Si

No

Cuando se encuentra mejor ¿Deja alguna vez de tomar sus medicamentos?

Si

No

Si alguna vez los medicamentos le provocan molestias ¿Deja de tomarlos?

Si

No

MUCHAS GRACIAS!!!!

OBSERVACIONES:

Autor, encuestador, codificador y capturita:



INSTITUTO MEXICANO DEL SEGURO SOCIAL
SEGURIDAD Y SOLIDARIDAD SOCIAL

Dra. María Guadalupe Ramos Gallegos

Residente de 3er año de Urgencias Médicas

Matrícula: 99052586

ANEXO 3:

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO (ADULTOS) PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Nombre del estudio: “Factores de riesgo de crisis hipertensivas en pacientes en el departamento de urgencias del HGZ no. 46.”

Lugar y fecha: junio de 2013, Gómez Palacio, Dgo.

Número de registro: R-2013-902-10

Justificación y objetivo del estudio: identificar los factores de riesgo de crisis hipertensivas en pacientes en el departamento de urgencias del HGZ no. 46..

Procedimientos: en sala de urgencias del HGZ 46 encuestar a pacientes con crisis hipertensiva para identificar los factores de riesgo para dicha patología.

Posibles riesgos y molestias: sobre todo pedir al paciente que dedique tiempo a la realización del cuestionario. No implica riesgos

Posibles beneficios que recibirá al participar en el estudio: identificar los factores que pueden estar ocasionando descontrol de su hipertensión.

Información sobre resultados y alternativas de tratamiento: al terminar la encuesta se aportará la información sobre los hallazgos.

Participación o retiro: En caso de considerarlo necesario, puede suspender la participación en la encuesta.

Privacidad y confidencialidad: Los datos y la información serán tratados con suma confidencialidad y privacidad. No se mencionará el nombre del paciente en cualquier publicación relacionada al mismo.

Beneficios al término del estudio: brindar una atención oportuna a los pacientes con factores de riesgo para crisis hipertensiva.

En caso de dudas o aclaraciones relacionadas con el estudio podrá dirigirse a:

Investigador Responsable: Dr. Luis Fernando Torres Ceniceros. Tel. 01 871 7194047 Correo electrónico: 70siempreadelante@gmail.com

En caso de dudas o aclaraciones sobre sus derechos como participante podrá dirigirse a: Comisión de Ética de Investigación de la CNIC del IMSS: Avenida Cuauhtémoc 330 4° piso Bloque "B" de la Unidad de Congresos, Colonia Doctores. México, D.F., CP 06720. Teléfono (55) 56 27 69 00 extensión 21230, Correo electrónico: comision.etica@imss.gob.mx

Nombre y firma del sujeto
obtiene el consentimiento

Nombre y firma de quien

Testigo 1: Nombre, dirección, relación y firma
dirección, relación y firma

Testigo 2: Nombre,

ANEXO 4: ASPECTOS ETICOS.

Este estudio consideró los aspectos éticos en la declaración de Helsinki, en su última modificación por la 48 asamblea Médica mundial en el año 2000. Así como los aspectos de normatividad de la Ley General de Salud en sus capítulos I, II y III, y los estatutos de IMSS que en materia de investigación establecen.

Titulo segundo. De los aspectos éticos de investigación en seres humanos: capítulo I, artículos 13, 14, 16 y 17.

ARTÍCULO 13. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y a la protección de sus derechos y bienestar.

ARTÍCULO 14. La investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

- I. Se ajustará los principios científicos y éticos que la justifiquen.
- III. Se deberá realizar solo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.
- IV. Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficios esperados sobre los riesgos predichos.
- V. Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este reglamento señala.
- VI. Deberá ser realizado por profesionales de la salud a que refiere el artículo 114 de este reglamento con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención de salud que actúe bajo la supervisión de las autoridades sanitarias, competentes y que cuenten con los recursos humanos y materiales necesarios que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.
- VII. Contará con el dictamen favorable de las comisiones de investigación, ética y la bioseguridad.

VIII. Se llevará a cabo cuando se tenga la autorización del titular de la institución de atención a la salud y en su caso, de la secretaria, de conformidad con los artículos 31, 62, 69, 71 y 88 del reglamento.

ARTÍCULO 16. En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo sujeto de investigación, identificándolo solo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTÍCULO 17. Se considera como riesgo la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio.

Para efectos de este reglamento, la investigación se clasifica en la siguiente categoría:

I. Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada en variables fisiológicas, psicológicas y sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: cuestionarios, entrevistas, revisión de expedientes clínicos y otros, en los que no se le identifiquen ni se traten aspectos sensitivos de conducta.

II.- De investigación en comunidades: Artículos 28, 29, 30, 31 y 32.

ARTÍCULO 28. Las investigaciones referidas a la salud humana en comunidades serán admisibles cuando el beneficio esperado para esta sea razonablemente asegurado y cuando los estudios efectuados en pequeña escala no hayan producido resultados concluyentes.

ARTÍCULO 29. En las investigaciones en comunidades, el investigador principal deberá obtener la aprobación de las autoridades de salud y otras autoridades civiles de la comunidad a estudiar, además de obtener la carta de consentimiento informado de los individuos que se incluyan en el estudio, dándoles a conocer la información a que se refieren los artículos 21 y 22 de este reglamento.

ARTICULO 30. Cuando los individuos que conforman una comunidad no tengan la capacidad para comprender las implicaciones de participar en una investigación en la comisión de ética de la institución a la que pertenece el investigador principal, podrá autorizar o no que el escrito de consentimiento informado de los sujetos sea obtenida a través de una persona confiable con autoridad moral sobre la comunidad. En caso de no autorizarse por la comisión, la investigación no se realizará. Por otra parte, la participación de los individuos será enteramente voluntaria y cada uno estará en libertad de abstenerse o dejar de participar en cualquier estudio.