

Caracterización de las Crisis Hipertensivas en adultos de la Emergencia del Hospital José Félix Valdivieso, Enero 2016 a Diciembre 2018

Braulio Saavedra Flores¹, Andrea Catalina Ochoa Bravo², Gabriel Aníbal Hugo Merino², Cristina Fernanda Iñiguez Chacha³, Juan Fernando Gálvez Vallejo⁴, Edisson Andrés Mogollón Guzmán⁵, Alcira Cecilia Palacios Moncayo³.

1. Clínica Latino, Cuenca, Ecuador.
2. Servicio de Medicina Interna, Hospital José Carrasco Arteaga, IESS, Cuenca Ecuador.
3. Hospital José Félix Valdivieso, Santa Isabel, Ecuador.
4. Servicio de Reumatología, Hospital del Río, Cuenca Ecuador.
5. Hospital Universitario Católico de Cuenca, Azuay, Ecuador.

CORRESPONDENCIA:

Braulio Saavedra Flores
Correo electrónico: brauliosaavedra.1994@hotmail.es
Dirección: Av. 3 de Noviembre 3-50 y Unidad Nacional.
Código Postal: 010106.
Teléfono: 099 535 3358.

Fecha de Recepción: 28-12-2019.
Fecha de Aceptación: 09-06-2020.
Fecha de Publicación: 31-07-2020

MEMBRETE BIBLIOGRÁFICO:

Saavedra B, Ochoa A, Hugo G, Iñiguez C, Gálvez J, Mogollón E, et al. Caracterización de las Crisis Hipertensivas en adultos de la Emergencia del Hospital José Félix Valdivieso, Enero 2016 a Diciembre 2018. *Rev Med HJCA* 2020; 12 (2): 119 - 124. DOI: <http://dx.doi.org/10.14410/2020.12.2.a0.17>

ARTÍCULO ACCESO ABIERTO



©2020 Saavedra et al. Licencia RevMed HJCA. Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de "Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International License" (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>), la cual permite copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato; mezclar, transformar y crear a partir del material, dando el crédito adecuado al propietario del trabajo original.

El dominio público de transferencia de propiedad (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) aplica a los datos recolectados y disponibles en este artículo, a no ser que exista otra disposición del autor.

* Cada término de los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) reportados en este artículo ha sido verificado por el editor en la Biblioteca Virtual de Salud (BVS) de la edición actualizada a marzo de 2016, el cual incluye los términos MESH, MEDLINE y LILACS (<http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>).



RESUMEN

INTRODUCCIÓN: La crisis hipertensiva es considerada una complicación aguda de la Hipertensión Arterial Sistémica, y contribuye a las 9.4 millones de muertes anuales estimadas, asociadas a la misma. La morbilidad que ocasionan es otro problema de importancia. Los datos a nivel local son escasos, por lo que conocer las características clínico-epidemiológicas de las crisis hipertensivas reviste gran importancia. El objetivo de este estudio fue caracterizar las Crisis hipertensivas en adultos de la Emergencia del Hospital José Félix Valdivieso Santa Isabel, periodo enero 2016 a diciembre 2018.

METODOLOGÍA. Se trató de un estudio descriptivo, transversal, con un universo de 151 pacientes diagnosticados con crisis hipertensiva en el Hospital José Félix Valdivieso entre enero 2016 y diciembre 2018, realizando un muestreo aleatorio simple se obtuvo 122 pacientes. Se recolectó la información mediante revisión de las historias clínicas. Se procesaron los datos mediante Excel 2016, para posteriormente interpretar los mediante tablas y gráficos.

RESULTADOS. El 57% de los pacientes fue de sexo femenino, el grupo de edad de 40 a 65 años que representa el 49% de la muestra, 67% tuvieron un nivel de instrucción primaria, 65% fueron de una procedencia rural. En cuanto a la presencia de factores de riesgo conocidos para crisis hipertensivas, el 50% de la población tuvo sobrepeso, el 70% hipertensión arterial previa. Según el tipo de crisis hipertensiva, el 93% fueron urgencias hipertensivas, en las emergencias hipertensivas el órgano afecto con mayor frecuencia fue el cerebro con 89%. La manifestación clínica más frecuente fue cefalea con un 59%, seguida de sintomatología neurológica. En cuanto al manejo la terapéutica inicial fue Captopril en el 61%.

CONCLUSIÓN. La mayor parte de pacientes afectados fueron del sexo femenino, adultos de edad media. La mayoría de la muestra tuvo antecedentes de sobrepeso u obesidad. El 70% de la población tenía diagnóstico previo de Hipertensión Arterial, y de ellos solamente el 80% tomaba fármacos antihipertensivos. La mayoría de crisis fueron urgencias hipertensivas, en las emergencias hipertensivas el órgano diana más afectado fue el cerebro. El medicamento que se administró con mayor frecuencia en el manejo inicial de la crisis hipertensiva fue captopril. No se registró mortalidad en ese estudio.

PALABRAS CLAVE: HIPERTENSIÓN, PRESIÓN SANGUÍNEA, SOBREPESO, ADHESIÓN AL MEDICAMENTO, CAPTOPRIL.

ABSTRACT

Hypertensive Crisis Characterization in adults in the Emergency Department of Hospital José Felix Valdivieso, January 2016- December 2018

BACKGROUND: Hypertensive crisis is considered an acute complication of Hypertension, causing 9.4 million deaths annually. Another important problem is the resulting morbidity. Locally, data is limited, that is the importance of presenting the clinical and epidemiological characteristics of hypertensive crisis. The aim of this study was characterizing hypertensive crisis in adults, in Hospital José Félix Valdivieso, Santa Isabel, from January 2016 to December 2018.

METHODS: Descriptive, cross-sectional study, the study universe were 151 patients diagnosed with hypertensive crisis in Hospital José Félix Valdivieso from January 2016 to December 2018, by simple random sampling we picked 122 patients. The information was obtained from the patient's medical chart. The data was processed using Excel 2016, and later interpreted using tables and charts.

RESULTS: 57% of the sample were female, 49% had between 40 to 65 years of age, 67% had primary education, 65% came from rural areas. About risk factors; 50% of the population was overweight, 70% had previous diagnosis of hypertension. About the type of hypertensive crisis; 93% were hypertensive urgencies, the most commonly affected organ in hypertensive emergencies was the brain, in 89% of the cases. Headache, was the most frequent symptom(59%), followed by neurological symptoms. Captopril was used as initial treatment in 61% of the cases.

CONCLUSION: The majority of affected patients were female, middle aged adults. Most of the sample had overweight or obesity. 70% of the population had previous diagnosis of hypertension, of this patients only 80% had hypertensive treatment. Most of the crisis were hypertensive urgencies, in hypertensive emergencies the most commonly affect organ was the brain. Captopril was used in most of the cases for initial treatment. This study didn't registered any deaths.

KEYWORDS: HYPERTENSION, BLOOD PRESSURE, OVERWEIGHT, MEDICATION ADHERENCE, CAPTOPRIL.

INTRODUCCIÓN

La crisis hipertensiva está definida como una exacerbación aguda de la Hipertensión Arterial Sistémica; una enfermedad mayormente asintomática, crónica y que aumenta el riesgo de mortalidad por sus complicaciones, que afecta a millones de personas en el mundo. Según datos estadísticos de la OMS se producen 9.4 millones de muertes al año por complicaciones relacionadas a la hipertensión, y las crisis hipertensivas juegan un rol importante en este aspecto [1]. Las enfermedades hipertensivas representan la cuarta causa de mortalidad POR enfermedades conocidas en Ecuador, con una tasa del 22.09%, por detrás de enfermedades isquémicas del corazón, diabetes y enfermedades cerebrovasculares, convirtiéndose en un problema de salud pública de suma importancia [1,2].

Las Crisis Hipertensivas fueron descritas por primera vez a principios del siglo XIX (1914) por Volhard y Farhr definiéndola como “Hipertensión Acelerada”, en la cual además del aumento de presión intravascular, se demostraba daño vascular en algún órgano como: lesión renal, a nivel vascular cerebral, corazón y retina [2].

Una crisis hipertensiva se define con valores ≥ 180 mmHg de presión sistólica y un valor \geq de 120 mmHg de presión diastólica según la “Guía Europea de las Sociedades de Hipertensión Arterial y Cardiología”, y según la Sociedad Catalana de Hipertensión Arterial valores de $\geq 190/110$ mmHg [3,4], con el potencial de provocar anomalías anatómicas o fisiológicas en los órganos diana: corazón, cerebro, riñones, retina, arterias y venas [4].

Se puede clasificar a las crisis hipertensivas como: urgencias y emergencias hipertensivas; la primera sin daño de órgano diana y en la segunda existe afectación neurológica, miocárdica, renal o retiniana entre otras, presentando un deterioro que en algunos casos es irreversible [4]. Estas crisis son idiosincráticas, es decir dependen de cada paciente y presentan diversos factores asociados como: sexo, edad, etnia, sedentarismo y adherencia al tratamiento, entre otros factores [5].

En Latinoamérica, entre los estudios destacados tenemos uno realizado por Álvarez et al., en Colombia, en el año 2015, en donde se investigó las características clínicas y epidemiológicas de los pacientes con crisis hipertensivas atendidos en el servicio de urgencia; se incluyeron 147 casos, predominando el sexo femenino, con un promedio de edad de 63 años, el tipo de crisis hipertensiva más frecuente fue la urgencia hipertensiva, el síntoma predominante fue cefalea, concluyendo que es necesario un rápido diagnóstico y manejo para disminuir su morbimortalidad [3].

Es necesario analizar esta problemática de salud, por lo que presentamos este trabajo, cuyo objetivo fue caracterizar las Crisis Hipertensivas en adultos de la Emergencia del Hospital José Félix Valdivieso, Santa Isabel en el periodo enero 2016 a diciembre 2018.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo, transversal, con el fin de conocer el perfil clínico epidemiológico de las crisis hipertensivas en el Hospital Félix Valdivieso, Santa Isabel, Ecuador. La población de estudio estuvo constituida por 151 pacientes adultos que acudieron al servicio de Emergencias entre enero 2016 a diciembre 2018 y presentaron presiones arteriales: sistólica ≥ 180 mmHg y/o diastólica ≥ 110 mmHg. Se excluyó a pacientes embarazadas y menores de edad. Para el cálculo del tamaño de la muestra se utilizó un intervalo de confianza del 95%, con un margen de error de 5%, y una prevalencia de 0.65%, obteniéndose 122 pacientes [3]. Se elaboró un instrumento de recolección de datos con todas las variables a investigar,

mismo que fue supervisado y aprobado por el comité pertinente. La información se recolectó mediante la revisión de historias clínicas, excluyendo aquellas que tenían datos incongruentes o incompletos. Los datos fueron ingresados en el software Excel 2016 para su posterior interpretación.

RESULTADOS

Se revisaron 122 historias clínicas de pacientes atendidos en la emergencia del Hospital José Félix Valdivieso durante el período Enero 2016 - Diciembre 2018. El 57% de los estudiados correspondieron al sexo femenino y el 43% al sexo masculino. El grupo etario más representativo fue de 40 a 65 años con un 49%, seguido de los adultos mayores con el 39%. Todos fueron mestizos. En relación al nivel de instrucción, la mayoría (67%) solo había terminado la primaria. El 65% de pacientes provenía de zona rural (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de los pacientes atendidos en el Hospital José Félix Valdivieso entre 2016-2018, con crisis hipertensivas, según características sociodemográficas.

CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS		NÚMERO DE CASOS	%
SEXO	Masculino	52	43%
	Femenino	70	57%
TOTAL		122	100%
EDAD	18 a 40 (Adulto joven)	14	12%
	40 a 65 (Adulto)	60	49%
	> 65 (Adulto mayor)	48	39%
TOTAL		122	100%
ETNIA	Mestizo	122	100%
TOTAL		122	100%
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Primaria	82	67%
	Secundaria	12	10%
	Superior	5	4%
	Ninguna	23	19%
TOTAL		122	100%
PROCEDENCIA	Urbano	43	35%
	Rural	79	65%
TOTAL		122	100%

Fuente: Historias clínicas de los/las pacientes atendidos en el Departamento de Emergencia del Hospital José Félix Valdivieso. Excel 2016.

Elaboración: Braulio Saavedra.

En cuanto a la presencia de factores de riesgo, el IMC del 50% de la población fue indicativo de sobrepeso. El 70% de la población poseía un diagnóstico previo de Hipertensión arterial, siendo el 80% de estos últimos tratados con fármacos antihipertensivos mientras que un 20% no lo había recibido o discontinuó el tratamiento; el 11% de pacientes tenían Diabetes Mellitus tipo II (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de los pacientes atendidos en el Hospital José Félix Valdivieso entre 2016-2018, con crisis hipertensivas, según presencia factores de riesgo conocidos.

FACTORES DE RIESGO		NUMERO DE CASOS	PORCENTAJE
IMC (ÍNDICE DE MASA CORPORAL)	18,5 - 24,9 = Intervalo normal	17	14%
	25,0 - 29,9 = Sobrepeso	61	50%
	30,0 - 34,9 = Obesidad tipo 1	32	26%
	35,0 - 39,9 = Obesidad tipo 2	12	10%
TOTAL		122	100%
DIAGNÓSTICO DE HIPERTENSIÓN ARTERIAL	Si	85	70%
	No	37	30%
TOTAL		122	100%
DIABETES MELLITUS TIPO II	Si	13	11%
	No	109	89%
TOTAL		122	100%
TRATAMIENTO ANTIHIPERTENSIVO FARMACOLÓGICO	Si	68	56%
	No	54	44%
TOTAL		122	100%

Fuente: Historias clínicas de los/las pacientes atendidos en el Departamento de Emergencia del Hospital José Félix Valdivieso.

Elaboración: Braulio Saavedra.

Según el tipo de Crisis Hipertensivas, las urgencias hipertensivas constituyeron un 93% y las emergencias hipertensivas un 7%; el órgano diana afectado en un mayor porcentaje en la emergencia hipertensiva fue el cerebro con un 89%, seguido del corazón con un 11%(Tabla 3).

Tabla 3. Distribución de los pacientes atendidos en el Hospital José Félix Valdivieso entre 2016-2018, con crisis hipertensivas, según tipo de crisis hipertensiva y órgano diana afectado.

CLASIFICACIÓN DE CRISIS HIPERTENSIVA		Frecuencia	Porcentaje
Tipo de crisis hipertensiva	Urgencia	113	93%
	Emergencia	9	7%
TOTAL		122	100%
Órgano Diana Afectado en Emergencia Hipertensiva	Cerebro	8	89%
	Corazón	1	11%
TOTAL		9	100%

Fuente: Historias clínicas de los/las pacientes atendidos en el departamento de emergencia del Hospital José Félix Valdivieso.

Elaboración: Braulio Saavedra.

Se encontró que la manifestación clínica presentada con más frecuencia fue la cefalea con 59%. Cabe mencionar que algunos pacientes tuvieron más de un síntoma.

En la terapéutica inicial, el captopril fue el fármaco más usado (61%), seguido de la furosemida (18%); cabe mencionar que algunos pacientes recibieron más de un fármaco. Tras la atención y el manejo inicial en el servicio de emergencia, el destino del paciente fue, en el 93% de casos hacia su domicilio, el 6% fueron referidos a otra institución de salud para continuar el manejo y el 1% fueron hospitalizados en la misma Institución (tabla 4).

Tabla 4. Distribución de los pacientes atendidos en el Hospital José Félix Valdivieso entre 2016-2018, con crisis hipertensivas, según manifestaciones clínicas, tratamiento y egreso hospitalario.

MANIFESTACIONES CLÍNICAS	Nº	%
CEFALEA	72	59%
VISIÓN BORROSA	6	5%
MAREO	22	17%
EPISTAXIS	6	5%
DOLOR PRECORDIAL	4	3%
MANIFESTACIONES NEUROLÓGICAS	22	18%
MANIFESTACIONES RENALES	3	2%
TRATAMIENTO INICIAL UTILIZADO EN EL DEPARTAMENTO DE EMERGENCIA		
Captopril	83	61%
Furosemida	24	18%
Enalapril	5	4%
Losartán	9	7%
Otros (Atenolol, Nifedipino, Amlodipino e Hidroclorotiazida)	14	10%
EGRESO DEL PACIENTE		
Hospitalización	1	1%
Domicilio	113	93%
Otra institución de salud	8	6%
TOTAL	122	100%

Fuente: Historias clínicas de los/las pacientes atendidos en el departamento de emergencia del Hospital José Félix Valdivieso.

Elaboración: Braulio Saavedra.

DISCUSIÓN

Es de suma importancia saber que las crisis hipertensivas son una complicación de la hipertensión arterial, las cuales han desencadenado una morbimortalidad importante en los últimos años[6]. En esta investigación, fueron más afectadas las mujeres predominando con un 57% respecto al sexo masculino, siendo similar a los hallazgos de Álvarez et al., en Colombia, 2016, en un estudio con 156 pacientes, en el cual el sexo femenino constituyó el 73% [3]. Así mismo Sánchez et al., en Zaragoza, España, 2018, encontró que de 413 individuos que padecieron crisis hipertensivas, el 67% eran mujeres [7].

Los pacientes de 40 a 65 años representaron el mayor grupo etario con el 49%. No obstante, Arnéz et al., en un estudio realizado en Bolivia, 2009, con 122 pacientes observó que las crisis hipertensivas se presentaban con mayor frecuencia en personas con edades

superiores a 65 años [8]. Por su parte, Cortez et al., en su artículo del año 2019 (Barcelona – España), señala que la prevalencia de crisis hipertensivas se incrementa hasta un 60% a partir de los 60 años [9].

En cuanto a la etnia, se ha visto que la mayor predisposición a desarrollar enfermedades hipertensivas se presenta en afrodescendientes, datos corroborados por Varon et al., (Asturias-España, 2015), en una investigación realizada con 104 pacientes [10]. En contraposición, en el presente estudio la totalidad de individuos correspondieron a la etnia mestiza, pues resultó dificultoso involucrar en el estudio pacientes afrodescendientes, datos respaldados por uno de los últimos censos dados por el INEC, 2010, en el cual, el 89.6% de la población azuaya se identifica como mestiza [11].

El nivel de instrucción primaria fue el más frecuente con un 67%, datos que contrastan a los obtenidos en Chiclayo, Colombia - 2016, en donde este nivel de escolaridad se observó en 17.61% de los estudiados [12]. El 65% de las crisis hipertensivas se presentaron en pacientes de la zona rural, no se encontraron estudios relacionados con esta variable; pero podría estar relacionado con el nivel de educación, la menor adhesión al tratamiento y la falta de conciencia sobre la enfermedad en la zona rural [11].

En lo que concierne a los factores de riesgo, el sobrepeso se observó en el 50% de los estudiados, obesidad tipo 1 en el 26% y obesidad grado 2 en el 10%, teniendo solo el 14% de la población de estudio un IMC normal. De acuerdo a Valdés et al., la mitad de los pacientes de su estudio presentaron obesidad tipo 1 [13]. Cribeiro et al., (La Habana, 2009) en su investigación sobre una muestra de 110 individuos, determinaron que un 79% de urgencias y un 21% de emergencias hipertensivas presentaron obesidad [14]. De igual manera, Corrales et al., (Pinar del Río, Cuba - 2012), observaron que de 78 pacientes con crisis hipertensivas, el 91 % presentó obesidad [15]. Según Sánchez et al., en el 2018, el diagnóstico previo de hipertensión arterial se evidenció en un 80% de pacientes [7]. Mientras que Rodríguez et al., (España, 2002) en una muestra de 118 pacientes con crisis hipertensivas determinó que el 87.3% tuvo diagnóstico previo de hipertensión [16]. Estos resultados son equiparables al presente trabajo donde el 70% de los participantes habían sido diagnosticados con anterioridad de hipertensión arterial.

El 56% del total de la muestra tomaba medicamentos antihipertensivos, que corresponde al 80% del total de pacientes con diagnóstico previo de hipertensión arterial de la muestra; sugiriendo ser la falta de control y adhesión farmacológica un factor de riesgo para el desarrollo de crisis hipertensivas, tal como lo indica la literatura científica. Por otra parte 11% de pacientes presentaban Diabetes Mellitus Tipo 2, mientras que en el mencionado estudio de Sánchez, esta comorbilidad se asoció en el 20% de individuos [7].

Respecto al tipo de crisis, las urgencias hipertensivas constituyeron el 93% de los casos y el 7% restante fueron emergencias hipertensivas, siendo el órgano más afectado el cerebro (en el 73% de estas últimas). Estos resultados concuerdan con los hallazgos de Arnéz et al., en los cuales predominaron las urgencias en el 90% del grupo estudiado, dejando un 10% a las emergencias, en ellas el órgano diana más afectado también fue el cerebro en más del 80% de los afectados [8]. Del mismo modo en la ya mencionada investigación de Rodríguez et al., las urgencias constituyeron el mayor número de crisis, representando el 78% [16].

La manifestación clínica más prevalente en este estudio, fue la cefalea con el 59%; similar al estudio de Sánchez, con el 49.1% seguido de sintomatología neurológica con un 18% [7]. Así mismo Rodríguez et al., determinó la presencia de cefalea en el 60.9% y la sintomatología neurológica en el 19.6% [16]. La cefalea puede ser un signo premonitorio de encefalopatía hipertensiva y suele preceder a síntomas neurológicos como parestesias [17,18].

En cuanto a la terapéutica inicial en el 61% de casos se administró captopril. Según la literatura el uso de captopril es alto; de acuerdo a SUHCRITHA, un estudio realizado en quince centros hospitalarios de España en el año 2000, el uso de captopril como primera elección en el tratamiento de crisis hipertensivas fue del 47% [19]. En la presente investigación, el segundo fármaco más usado fue la furosemida con el 18%; este fármaco si bien presenta un poder diurético mayor que los fármacos tiazídicos, su capacidad y potencial en el tratamiento de la hipertensión arterial es mínimo [20]. El uso de la furosemida se puede justificar en individuos que presenten emergencias hipertensivas y edema pulmonar concomitante, asociación generalmente rara [2]. En un estudio Cochrane que constó de 9 ensayos que valoraron la capacidad hipotensora de los diuréticos de ASA, realizado en 460 pacientes en el año 2015, en Vancouver, Canadá, evidenció una disminución moderada baja de la presión diastólica de 4 mmHg, concluyendo los autores que existen sobreestimaciones, al presentarse un alto riesgo de sesgos en las investigaciones incluidas [21]. Pérez, en el año 2000, evidencia el uso de diuréticos en un 29% de crisis hipertensivas, predominando los diuréticos de ASA con un 63%, seguido de los tiazídicos con el 23%; contrastando un manejo de las crisis hipertensivas diferente al actual, en el que el uso de la furosemida, se da como se ha mencionado previamente, en las crisis hipertensivas que asocian edema de pulmón [19].

Las urgencias hipertensivas que correspondieron al 93%, debido a su fácil manejo, recibieron un alta médica temprana. Sin embargo, a causa de su mayor complejidad, las emergencias requirieron ser referidas a una institución de salud de nivel superior y un bajo porcentaje recibió hospitalización en el mismo centro. En el estudio realizado por Arnéz et al., se hallaron porcentajes semejantes, siendo la mayoría (73%) enviados a su domicilio luego de su estabilización y tan solo 5% fueron internados [8].

CONCLUSIÓN

La mayor parte de pacientes fueron del sexo femenino, el grupo de edad predominante fue de 40 a 65 años. El 86% de la muestra tuvo antecedentes de sobrepeso u obesidad. El 70% de la población tenía diagnóstico previo de Hipertensión Arterial, y de ellos solamente el 80% tomaba fármacos antihipertensivos. La sintomatología primordial fue la cefalea, seguida de sintomatología neurológica.

El 93% de las crisis hipertensivas fueron urgencias y el restante 7% fueron emergencias hipertensivas; en las cuales el órgano diana afectado en la mayoría de los casos fue el cerebro. El medicamento que se administró con mayor frecuencia en el manejo inicial de la crisis hipertensiva fue captopril (61%), seguido de furosemida (18%). Tras el manejo inicial en la sala de emergencias la mayoría de los pacientes tuvieron alta al domicilio, solo el 6% requirieron ser referidos a casas de salud de mayor complejidad o ser hospitalizados. No se registró mortalidad en ese estudio.

RECOMENDACIONES

Se debe estandarizar y aplicar protocolos a nivel local sobre el manejo de las crisis hipertensivas. También es importante trabajar en la prevención de factores de riesgo así como en la adhesión al tratamiento antihipertensivo. Finalmente se ve la necesidad de la realización de estudios de mayor alcance a nivel nacional.

ABREVIATURAS

AHA: American Heart Association; HJFV: Hospital José Félix Valdivieso; INEC: Instituto Nacional de Estadísticas y Censos; IMC: Índice de masa corporal; mHg: milímetro de mercurio; OMS: Organización Mundial de Salud; SUHCRIHTA: Crisis Hipertensivas en los Servicios de Urgencias Hospitalarias.

AGRADECIMIENTOS

Los autores dan un agradecimiento especial a las autoridades del Hospital José Félix Valdivieso por facilitar el acceso de la base de datos del departamento de emergencia.

FINANCIAMIENTO

Esta investigación fue autofinanciada.








DISPONIBILIDAD DE DATOS Y MATERIALES

Los recursos bibliográficos virtuales fueron de acceso libre y los datos que sustentan los hallazgos de este estudio están disponibles bajo requisición al autor principal.

CONTRIBUCIONES DE LOS AUTORES

BS: Idea original, revisión bibliográfica, recolección y análisis de datos. AO: Diseño del estudio, revisión y edición del manuscrito. GH: Diseño del estudio, revisión y edición del manuscrito. CI: redacción del manuscrito, recolección y análisis de datos. JG: redacción del manuscrito y análisis crítico del escrito. EM: Redacción del manuscrito y análisis crítico del escrito. AP: Recolección y análisis de datos y redacción del manuscrito.

INFORMACIÓN DE LOS AUTORES

- Braulio Saavedra Flores. Médico Residente de Clínica Latino. Libre ejercicio profesional. Azuay – Cuenca, Ecuador.  ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5241-3657>
- Andrea Catalina Ochoa Bravo. Médico especialista en Medicina Interna y catedrática de la Universidad Católica de Cuenca.  ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3890-5097>
- Gabriel Anibal Hugo Merino. Médico especialista en Medicina Interna y catedrático de la Universidad Católica de Cuenca.  ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4287-4841>
- Cristina Fernanda Iñiguez Chacha. Médico General. Red complementaria de Salud, Ministerio de Salud Pública.  ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5979-1327>
- Juan Fernando Gálvez Vallejo. Médico especialista en Reumatología y catedrático de la Universidad Católica de Cuenca.  ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8566-4302>
- Edisson Andrés Mogollón Guzmán. Médico especialista en Cirugía general, Hospital Universitario Católico de Cuenca y catedrático de la Universidad Católica de Cuenca.  ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1637-1602>
- Alcira Cecilia Palacios Moncayo. Médico General. Red complementaria de Salud del Ministerio de Salud Pública.  ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2809-6115>

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores no reportan conflicto de interés. El presente artículo se basa en el trabajo de titulación, previa a la obtención de título de médico de Braulio Saavedra Flores.

CONSENTIMIENTO PARA PUBLICAR

Todos los autores consienten la publicación de este artículo.

APROBACIÓN ÉTICA Y CONSENTIMIENTO

La investigación fue aprobada por la Dirección de Investigación y el Comité de Bioética de la Unidad Académica de Bienestar y Salud de la Universidad Católica de Cuenca. Los autores cuentan con todos los consentimientos y permisos otorgados por las autoridades del Hospital José Félix Valdivieso.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Saavedra B, Ochoa A, Hugo G, Iñiguez C, Gálvez J, Mogollón E, et al. Caracterización de las Crisis Hipertensivas en adultos de la Emergencia del Hospital José Félix Valdivieso, Enero 2016 a Diciembre 2018. Rev Med HJCA 2020; 12 (2): 119 - 124. DOI: <http://dx.doi.org/10.14410/2020.12.2.ao.17>

PUBLONS

 Contribuye con tu revisión en: <https://publons.com/publon/38594275/>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Rondanelli I R, Rondanelli S R. Hipertensión Arterial Secundaria En El Adulto: Evaluación Diagnóstica Y Manejo. *Revista Médica Clínica Las Condes*. 2015;26(2):164-174. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rm-clc.2015.04.005>
- Ramos M. Crisis Hipertensivas: Parte I. *Rev Med Honduras*. 2012;80(3):114-125. Disponible en <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2012/pdf/Vol80-3-2012-9.pdf>
- Álvarez L, Gallego-González D, Bañol-Betancur J, Martínez- Sánchez L, Rodríguez M, Marín Cárdenas J, et al. Características clínicas y epidemiológicas de pacientes con crisis hipertensivas atendidos en el servicio de urgencias de una institución de alto nivel de complejidad, Medellín, Colombia 2014-2015. [Internet]. *Revista Latinoamericana de Hipertension*. 2019; 13(4): 330-334. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/330263480_Caracteristicas_clinicas_y_epidemiologicas_de_pacientes_con_crisis_hipertensivas_atendidos_en_el_servicio_de_urgencias_de_una_institucion_de_alto_nivel_de_complejidad_Medellin_Colombia_2014-2015.
- Albaladejo C, Sobrino J, Vázquez S. Crisis hipertensivas: seudocrisis, urgencias y emergencias. *Hipertensión y riesgo cardiovascular*. 2014; 31 (4):132-142. DOI: 10.1016/j.hipert.2014.04.001
- Rosas-Peralta M, Borraro-Sánchez G. Impacto de los nuevos criterios para diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial sistémica sugeridos por la American College of Cardiology/American Heart Association. *Gac Med Mex*. [Internet]. 2018;154:633-637. DOI: 10.24875/GMM.18004690
- Montenegro SL, Miranda JM, Trujillo AE, Molina I. Crisis hipertensivas. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*. 2005;9(45):2961-2972. [https://doi.org/10.1016/S0211-3449\(05\)73839-X](https://doi.org/10.1016/S0211-3449(05)73839-X)
- Sánchez-Fabra D, Marinas Sanz R, Tarí Ferrer E, Gracia Gutiérrez A, López Garrido S, Morando Pérez M, et al. Urgencias hipertensivas: descripción de características clínicas, manejo, variables asociadas a reconsulta y pronóstico a corto plazo. *Hipertensión y Riesgo Vascular*. 2019;36(3):122-129. DOI: 10.1016/j.hipert.2018.07.003
- Arnéz R, Rodríguez S, Flor J. Aspectos Epidemiológicos y Clínicos de la Crisis Hipertensiva En Pacientes Del Hospital Obrero Nro 2 – Cns Cochabamba. *Gaceta Médica Boliviana*. 2008; 31(1), 25-30. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662008000100005&lng=es&tlng=es
- Cortés M, Segura J. Urgencias hipertensivas ¿se han de tratar todas igual? *Hipertensión y Riesgo Vascular*. 2019;36(3):119-121. DOI: 10.1016/j.hipert.2019.05.004
- Varon J, Soto-Ruiz KM, Baumann BM, Borczuk P, Cannon CM, Chandra A, et al. The management of acute hypertension in patients with renal dysfunction: labetalol or nicardipine? *Nephroplus*. 2015; 7(1); 23-27. Disponible en: <https://www.revistanefrologia.com/en-pdf-X1888970015445553>
- Fascículo Provincial Azuay. [Internet]. Instituto Nacional de Estadísticas y Censos Ecuador; 2010 [citado 28 de diciembre del 2019]. Disponible en: www.inec.gob.ec
- Rivas G, Pino Delgado M, Osada J. Programas de hipertensión arterial: gran asistencia y baja adherencia. *Revi Colomb Cardiol*. 2016;23(6):578-579. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.rccar.2016.03.020>
- Vald O, Ch E, Torres F. Comportamiento de las Crisis Hipertensivas en un Grupo de Pacientes Hipertensos. *Ciencia e Innovación en Salud* [Internet]. 2014;2(1). Available from: <http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/innovacionsalud/article/view/72>
- Cribeiro L, Rivero N, Estévez N. Morbimortalidad en Urgencias y Emergencias Hipertensivas en el Policlínico Boyeros. Ciudad de la Habana. *Rev haban cienc méd* [Internet]. 2009[citado 30 de octubre de 2019];8(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2009000200005&lng=es.
- Corrales A, Quintero W, González Y, Semino B, Arencibia L. Factores de riesgo y desarrollo de crisis hipertensivas en hipertensos, Pinar del Río. *Rev Ciencias Médicas* [Internet]. 2012; 16(1): 76-86. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000100010&lng=es.
- Rodríguez M, Mateos P, Fernández C, Martell N, Luque M. Crisis hipertensiva: prevalencia y aspectos clínicos. *Revista Clínica Española*. 2002;202(5):255-258. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0014-2565\(02\)71046-1](https://doi.org/10.1016/S0014-2565(02)71046-1)
- Gómez- Angelats E, Larrousse M. Tratamiento de las crisis hipertensivas. *Medicina Integral*. 2001; 37(1) :235-239. Disponible en : <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-integral-63-articulo-tratamiento-crisis-hipertensivas-10022767>
- James P, Oparil S, Carter B, Cushman W, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, et al. 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults: Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *JAMA*. 2014;311(5):507-520. DOI: 10.1001/jama.2013.284427
- Pérez S, Juárez S, Laguna del Estal P. Crisis hipertensivas en los servicios de urgencias hospitalarios. *Estudio SUHCRIHTA*. *Emergencias*. 2001; 13(2):82-88. Disponible en: <http://revistaemergencias.org/numeros-anteriores/volumen-13/numero-2/crisis-hipertensivas-en-los-servicios-de-urgencias-hospitalarios-estudio-suhcrihta/>
- Inserra F. Sociedad Argentina de Hipertensión arterial. Diuréticos en el Tratamiento de la Hipertensión Arterial. ¿Qué lugar ocupan hoy? *Capítulo 111*.
- Musini V, Rezapour P, Wright J, Bassett K, Jauca C. Blood pressure-lowering efficacy of loop diuretics for primary hypertension. *Cochrane Hypertension Group*, editor. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. 2015 [citado 24 de octubre de 2019]; 2015(5): CD003825. Disponible en: DOI: 10.1002/14651858.CD003825.pub4.