



DOI: 10.26820/reciamuc/8.(3).sep.2024.207-215

URL: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/1488>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIAMUC

ISSN: 2588-0748

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de revisión

CÓDIGO UNESCO: 32 Ciencias Médicas

PAGINAS: 207-215



Rol de enfermería en la atención de emergencia hipertensivas

Nursing role in hypertensive emergency care

O papel da enfermagem no atendimento de emergência a hipertensos

**Carmen Alejandrina Pacheco Cabrera¹; Martha Alejandra Chumacero Pacheco²;
Aura Gisela Gaviria Vasquez³**

RECIBIDO: 20/04/2024 **ACEPTADO:** 15/08/2024 **PUBLICADO:** 11/12/2024

1. Magíster en Gerencia de Servicios de Salud; Licenciada en Enfermería; Enfermera Asistencial en Hospital Sagrado Corazón de Jesús; Quevedo, Ecuador; cpachecoc2@uteq.edu.ec;  <https://orcid.org/0009-0003-7197-5251>
2. Licenciada en Enfermería; Técnica de Laboratorio de la Universidad Técnica de Quevedo; Quevedo, Ecuador; mchumacerop@uteq.edu.ec;  <https://orcid.org/0009-0004-8514-0578>
3. Maestría en Gerencia de Servicios Hospitalarios; Licenciada en Enfermería; Hospital Sagrado Corazón de Jesús; Quevedo, Ecuador; giselagaviria83@hotmail.com;  <https://orcid.org/0009-0006-4855-4872>

CORRESPONDENCIA

Carmen Alejandrina Pacheco Cabrera
cpachecoc2@uteq.edu.ec

Quevedo, Ecuador

RESUMEN

Las emergencias hipertensivas son una condición médica crítica caracterizada por un aumento agudo y significativo de la presión arterial, acompañado de signos de daño a órganos diana como el corazón, los riñones, el cerebro y los pulmones. Las causas más comunes incluyen la falta de cumplimiento con los medicamentos antihipertensivos y el uso de simpaticomiméticos. La evaluación del paciente es esencial para identificar los síntomas y signos presentes, como dolor de cabeza, mareos, alteración del estado mental, dificultad para respirar, dolor en el pecho, disminución de la producción de orina, vómitos o cambios en la visión. El tratamiento principal es la reducción rápida de la presión arterial utilizando medicamentos intravenosos de acción rápida y fácilmente titulables, como labetalol, esmolol, nicardipina y nitroglicerina. El manejo de enfermería incluye monitorear la presión arterial, administrar medicamentos según lo prescrito y educar al paciente sobre la importancia de tomar sus medicamentos y mantener un estilo de vida saludable.

Palabras clave: Hipertensión, Complicaciones, Urgencias, Enfermería.

ABSTRACT

Hypertensive emergencies are a critical medical condition characterized by an acute and significant increase in blood pressure, accompanied by signs of damage to target organs such as the heart, kidneys, brain, and lungs. The most common causes include noncompliance with antihypertensive medications and the use of sympathomimetics. Patient assessment is essential to identify presenting symptoms and signs, such as headache, dizziness, altered mental status, shortness of breath, chest pain, decreased urine output, vomiting, or vision changes. The primary treatment is rapid reduction of blood pressure using rapidly acting and easily titrated intravenous medications such as labetalol, esmolol, nicardipine, and nitroglycerin. Nursing management includes monitoring blood pressure, administering medications as prescribed, and educating the patient on the importance of taking their medications and maintaining a healthy lifestyle.

Keywords: Hypertension, Complications, Emergencies, Nursing.

RESUMO

As emergências hipertensivas são um estado clínico crítico caracterizado por um aumento agudo e significativo da pressão arterial, acompanhado de sinais de lesões em órgãos-alvo como o coração, os rins, o cérebro e os pulmões. As causas mais comuns incluem o não cumprimento da medicação anti-hipertensiva e a utilização de simpaticomiméticos. A avaliação do doente é essencial para identificar os sintomas e sinais apresentados, como cefaleias, tonturas, alterações do estado mental, falta de ar, dores no peito, diminuição do débito urinário, vômitos ou alterações da visão. O tratamento primário é a redução rápida da pressão arterial utilizando medicamentos intravenosos de ação rápida e de fácil titulação, como o labetalol, o esmolol, a nicardipina e a nitroglicerina. A gestão de enfermagem inclui a monitorização da pressão arterial, a administração de medicamentos conforme prescrito e a educação do doente sobre a importância de tomar os seus medicamentos e de manter um estilo de vida saudável.

Palavras-chave: Hipertensão, Complicações, Emergências, Enfermagem.

Introducción

La crisis hipertensiva (HC) consiste en una elevación rápida y sintomática de la presión arterial (PA), con un rápido deterioro de los órganos diana y un alto riesgo de muerte cuando las lecturas de la presión arterial diastólica (PAD) superan los 120 mmHg. Las HC son causadas por un desequilibrio entre el gasto cardíaco y la resistencia vascular periférica, con aumento de los volúmenes sanguíneos intravasculares, lesión endotelial, y depósito de plaquetas y fibrina en el flujo sanguíneo. Las HC pueden clasificarse como urgencias hipertensivas (HU) o emergencias hipertensivas (ES). La primera es una condición clínica sintomática que se caracteriza por elevaciones graves de la PA sin daño agudo en órganos diana y puede tratarse con fármacos orales y reducirse hasta en 24 horas (1).

Una emergencia hipertensiva es una elevación aguda y marcada de la presión arterial que se asocia con signos de daño en el órgano diana. Estos pueden incluir edema pulmonar, isquemia cardíaca, déficits neurológicos, insuficiencia renal aguda, disección aórtica y eclampsia (2).

Diagnóstico de Enfermería

- Jaqueca
- Desenfoco visual
- Disnea
- Dolor en el pecho
- Mareado
- Ansiedad
- Sensación de fatalidad

Los pacientes con HU son más propensos a desarrollar eventos cardiovasculares en el futuro en comparación con los hipertensos que nunca han tenido elevaciones significativas de la PA. Por otro lado, una EH es una condición clínica sintomática que se caracteriza por elevaciones graves de la PA con

daño agudo y progresivo en los órganos diana. En este caso, la PA debe reducirse en minutos o en pocas horas, no necesariamente a niveles normales, utilizando fármacos parenterales. Para evitar la isquemia cerebral, coronaria y renal, los estudios han demostrado que la PA media debe reducirse al 30% del valor objetivo final en seis a 12 horas, al 30% en 24 horas, con un ajuste final en dos a cuatro días. Las HC representan entre el 0,45% y el 0,59% de todas las visitas a las salas de emergencia hospitalarias en todo el mundo, con especial énfasis en la ES, que por sí sola representa el 25% de todos los casos de HC, y el accidente cerebrovascular isquémico y el edema pulmonar agudo son los eventos de daño de órganos diana más frecuentes (3). Las EH suelen afectar a pacientes hipertensos crónicos, usuarios de drogas ilícitas con glomerulonefritis aguda y mujeres embarazadas con eclampsia y pueden asociarse con accidente cerebrovascular, encefalopatía hipertensiva, lesiones hemorrágicas en la retina, papiledema, edema pulmonar agudo, síndromes isquémicos miocárdicos agudos y disección aórtica aguda. La rápida reducción de la PA en la EH puede disminuir el flujo sanguíneo en el sistema vascular y, en consecuencia, causar isquemia, infarto de órganos diana y aumento de la mortalidad (4). Esta condición clínica requiere ingreso en la unidad de cuidados intensivos y un seguimiento continuo y riguroso de la PA. Aunque no existe un medicamento ideal, cada vez hay más fármacos disponibles para el tratamiento de los HC y los más utilizados en la práctica clínica son el nitroprusiato sódico, la nitroglicerina, el esmolol, el labetalol, el fenoldopam, la hidralazina y la nicardipina (1). La evaluación inicial de los pacientes con HC debe ser rápida y objetiva para evitar posibles daños y complicaciones en los órganos diana resultante del tratamiento. Se debe interrogar al paciente sobre su historia clínica, las HC previas, los medicamentos de uso continuado y el grado de adherencia al tratamiento de cualquier patología que afecte su salud.

De acuerdo con la literatura, el objetivo de los cuidados de enfermería es reducir y controlar la PA mediante su seguimiento a intervalos regulares para detectar variaciones que indiquen la necesidad de cambiar la terapia en curso. Además, el examen físico realizado por la enfermera puede identificar síntomas que indican daño en el órgano diana, tales como: angina de pecho; disnea; cambios en el habla, la visión o el equilibrio; epistaxis; jaqueca; Mareos; y nicturia (5). Por lo tanto, el papel del equipo multidisciplinario, especialmente del equipo de enfermería, es crucial para la mejora clínica de los pacientes y puede prevenir complicaciones graves. Sin embargo, la evidencia científica sobre el tema es escasa, especialmente en lo que se refiere al abordaje inicial, definición de diagnósticos de enfermería, elaboración de recetas, intervenciones individualizadas y manejo de los tratamientos propuestos en las unidades de urgencias. En vista de lo anterior, el presente estudio tuvo como objetivo analizar las evidencias científicas sobre el cuidado de enfermería en los CS publicadas en la literatura en los últimos 10 años.

Metodología

Esta investigación está enfocada en el estudio del rol de la enfermería en emergencias hipertensivas con la finalidad de brindar información a lectores, especialista y estudiantes, en aras de reducir el impacto negativo que este tipo de enfermedad tiene en las personas que la padecen y brindar una mejor calidad de vida, a través, de tratamientos que proporcionen una mayor efectividad.

La revisión se ha centrado en textos, documentos y artículos científicos publicados disponibles en la web, considerando que aquella herencia de la globalización permite acceder a mayor y mejor información a través de las herramientas tecnológicas. El motor de búsqueda ha sido herramientas académicas de la web que direccionan específicamente a archivos con validez y reconocimiento científico, descartando toda

información no confirmada o sin las respectivas referencias bibliográficas.

Resultados

Causas

Diversos eventos incitantes pueden causar emergencias hipertensivas. La mayoría de las urgencias hipertensivas se producen en pacientes ya diagnosticados de hipertensión crónica. El incumplimiento de los medicamentos antihipertensivos y el uso de simpaticomiméticos son dos de las causas más comunes. Estos conducen a un rápido aumento de la presión arterial más allá de la capacidad innata de autorregulación del cuerpo.

Los niveles de hipertensión que constituyen una emergencia hipertensiva, aunque frecuentemente citados, no están universalmente establecidos y son arbitrarios. La tasa de aumento por encima del valor basal es probablemente un contribuyente más importante y explica por qué los pacientes sin hipertensión crónica pueden mostrar signos de emergencia hipertensiva a niveles mucho más bajos, mientras que los pacientes con hipertensión de larga duración pueden tolerar una presión arterial excesivamente alta sin desarrollar una disfunción orgánica aguda (6).

Factores de riesgo

Se estima que alrededor del 30% de los adultos en Estados Unidos tienen hipertensión. De estos, entre el 1% y el 2% tendrá una crisis hipertensiva, término que incluye emergencia hipertensiva y urgencia hipertensiva. El edema pulmonar agudo, la isquemia cardíaca y las emergencias neurológicas son los tipos más comunes de disfunción aguda de órganos diana (7).

En los pacientes que presentan presión arterial marcadamente elevada, es necesario realizar una anamnesis y un examen cuidadosos para determinar cuál de estos pacientes tiene una verdadera emergencia hipertensiva. Los síntomas como dolor de cabeza, mareos, alteración del estado men-

tal, dificultad para respirar, dolor en el pecho, disminución de la producción de orina, vómitos o cambios en la visión justifican una evaluación adicional. La fuente de la aparición abrupta de la hipertensión también debe investigarse para dirigir el tratamiento.

Los resultados esperados del examen varían según el órgano diana específico más afectado. Con la disfunción cardíaca, se pueden escuchar estertores en la auscultación pulmonar, se puede notar distensión venosa yugular o edema periférico, y pueden ser evidentes ruidos cardíacos adicionales. En el caso de un inicio muy rápido de hipertensión, que a menudo se observa con abuso simpaticomimético, se puede encontrar una disnea marcada en ausencia de edema periférico debido a un edema pulmonar repentino.

La disfunción neurológica puede provocar alteración del estado mental, visión borrosa, ataxia u otra disfunción cerebelosa, afasia o entumecimiento o debilidad unilateral. Se debe realizar un examen neurológico cuidadoso que incluya un examen de los nervios craneales, pruebas de fuerza y sensibilidad, así como pruebas cerebelosas y pruebas de la marcha.

La insuficiencia renal aguda también puede provocar signos de edema pulmonar o edema periférico.

Evaluación

La evaluación de las urgencias hipertensivas también depende de los síntomas y signos presentes. Una vez que se determina que existe o es probable que se presente una verdadera emergencia hipertensiva, pueden ser útiles los análisis de laboratorio, como los paneles metabólicos, el análisis de orina, el péptido B-natriurético y las enzimas cardíacas. Se recomienda un electrocardiograma en cualquier paciente con sospecha de isquemia cardíaca. La tomografía computarizada (TC) de la cabeza se recomienda en pacientes con quejas neurológicas agudas o signos en un examen.

Una radiografía de tórax puede resultar útil en pacientes con dificultad para respirar. Una radiografía de tórax también puede mostrar un ensanchamiento del mediastino en el entorno o una disección aórtica, pero este es un marcador relativamente insensible, y se debe obtener una angiografía por TC del tórax y el abdomen para descartar o confirmar una disección y determinar la extensión del desgarro intimal (8).

Gestión Médica

Si bien el órgano objetivo específico que se ve afectado puede dictar algunos detalles del tratamiento, la disminución rápida de la presión arterial es el pilar de la terapia para las emergencias hipertensivas. El objetivo sería reducir la presión arterial media entre un 20% y un 25% en las primeras 1 o 2 horas. Se pueden utilizar varios agentes, pero las características unificadoras son que son de acción rápida y fácilmente titulables. Por esta razón, los medicamentos orales, como la clonidina y la nifedipino, no desempeñan ningún papel en el tratamiento inmediato de una emergencia hipertensiva. Los goteos vasoactivos intravenosos, como el labetalol, el esmolol, la nicardipina y la nitroglicerina, suelen ser opciones eficaces (9).

Gestión de Enfermería

- Controle la presión arterial con frecuencia. Conocer el objetivo marcado por el médico
- Administrar medicamentos antihipertensivos según lo recetado
- Tiene dos vías intravenosas de gran diámetro
- Proporcionar oxígeno si las saturaciones son bajas (menos del 94%)
- Limitar la ingesta de líquidos si el paciente tiene insuficiencia cardíaca
- Evaluar el electrocardiograma para asegurarse de que el paciente no está sufriendo un ataque cardíaco

- Revisar el informe de la radiografía de tórax para asegurarse de que el paciente no tenga insuficiencia cardíaca
- Escucha al corazón en busca de soplos y a los pulmones en busca de estertores y crepitaciones
- Comprobar si el paciente tiene edema
- Controlar la función renal y los niveles de electrolitos
- Fomente el descanso y proporcione una habitación tranquila
- Educar al paciente sobre cómo reducir el estrés
- Educar al paciente sobre una dieta baja en sal, ejercicio y alimentación saludable
- Educar al paciente sobre la importancia de tomar medicamentos antihipertensivos

Cuándo buscar ayuda

- Si se altera la LOC
- Insensibilidad
- PA alta (más de 200/100) a pesar del tratamiento

Identificación de resultados

Hay muchas series de casos que indican que a corto plazo el manejo de la emergencia hipertensiva tiene buenos resultados, pero los resultados a largo plazo siguen siendo desconocidos. Parte del problema es que los pacientes se pierden en el seguimiento y el régimen de medicación se cambia con frecuencia. Muchos estudios indican que las urgencias hipertensivas no tratadas tienen una morbilidad y mortalidad muy elevadas y, a menos que los profesionales de la salud hagan un esfuerzo decidido por educar al paciente sobre la gravedad de la hipertensión, es probable que esta tendencia continúe (1).

Coordinación de la atención

La urgencia hipertensiva no es una presentación infrecuente en el servicio de urgen-

cias. A pesar de la conciencia de su alta morbilidad y mortalidad, al menos el 50% de los pacientes con hipertensión no cumplen con sus medicamentos. El problema se agrava cuando el único acceso para estos pacientes es la sala de emergencias. Existen innumerables directrices de agencias y organizaciones nacionales sobre el control de la presión arterial, pero muchos pacientes no parecen apreciar la gravedad de la hipertensión. Se recomienda un enfoque interprofesional para el manejo de la hipertensión, comenzando por el cuidador principal. El tratamiento de la hipertensión se realiza mejor de forma ambulatoria; Los pocos minutos que se pasan con un cardiólogo en un hospital rara vez marcan la diferencia.

El farmacéutico, la enfermera y el médico de cabecera tienen un papel vital que desempeñar en la educación de los pacientes con hipertensión. No se puede exagerar la necesidad de medir regularmente la presión arterial y hacer un seguimiento con el proveedor de atención médica. A los pacientes se les debe decir que cambien su estilo de vida, coman sano, hagan ejercicio, dejen de fumar y sigan cumpliendo con la medicación. Lamentablemente, las directrices basadas en la evidencia no se han traducido en una reducción del número de personas que siguen acudiendo a la sala de emergencias con urgencias hipertensivas (10).

Resultados

Hay muchas series de casos que indican que a corto plazo el manejo de la emergencia hipertensiva tiene buenos resultados, pero los resultados a largo plazo siguen siendo desconocidos. Parte del problema es que los pacientes se pierden en el seguimiento y el régimen de medicación se cambia con frecuencia. Muchos estudios indican que las urgencias hipertensivas no tratadas tienen una morbilidad y mortalidad muy elevadas y, a menos que los profesionales de la salud hagan un esfuerzo decidido para educar al paciente sobre la gravedad de la hipertensión, es probable que esta tendencia continúe (11).

Enseñanza de la Salud y Promoción de la Salud

La mejor manera de prevenir una emergencia hipertensiva es cumplir con los medicamentos antihipertensivos. Si bien la hipertensión de rutina puede ser manejada por el proveedor de atención primaria de salud, se recomienda la consulta de un cardiólogo cuando el paciente está tomando más de 3 antihipertensivos y la presión arterial aún permanece elevada.

Planificación de la descarga

La urgencia hipertensiva no es una presentación infrecuente en el servicio de urgencias. A pesar de la conciencia de su alta morbilidad y mortalidad, al menos el 50% de los pacientes con hipertensión no cumplen con sus medicamentos. El problema se agrava cuando el único acceso para estos pacientes es la sala de emergencias. Existen innumerables directrices de agencias y organizaciones nacionales sobre el control de la presión arterial, pero muchos pacientes no parecen apreciar la gravedad de la hipertensión. Se recomienda un enfoque interprofesional para el manejo de la hipertensión, comenzando por el cuidador principal. El farmacéutico, la enfermera de alta y el proveedor de atención primaria deben educar a los pacientes sobre la importancia de los medicamentos antihipertensivos. El tratamiento de la hipertensión se realiza mejor de forma ambulatoria; Los pocos minutos que se pasan con un cardiólogo en un hospital rara vez marcan la diferencia.

El farmacéutico, la enfermera y el médico de cabecera tienen un papel vital que desempeñar en la educación de los pacientes con hipertensión. No se puede exagerar la necesidad de medir regularmente la presión arterial y hacer un seguimiento con el proveedor de atención médica. Es necesario decirles a los pacientes que cambien su estilo de vida, coman sano, hagan ejercicio, dejen de fumar y sigan cumpliendo con la medicación. En cada visita a la clínica, se debe controlar la presión arterial. Un traba-

jador social debe participar en la atención para garantizar que el estado financiero del paciente no limite la capacidad de comprar los medicamentos.

Lamentablemente, las directrices basadas en la evidencia no se han traducido en una reducción del número de personas que siguen acudiendo a la sala de emergencias con urgencias hipertensivas (12).

Otras consideraciones

La presión arterial marcadamente elevada es común con el accidente cerebrovascular isquémico agudo y requiere un abordaje especializado. De acuerdo con las pautas de la AHA/ASA, los pacientes elegibles para la trombólisis deben tener la presión arterial reducida a una PAS inferior a 185 mmHg y una PAD inferior a 110 mmHg y mantenida con una PAS inferior a 180 mmHg y una PAD inferior a 105 mmHg durante las primeras 24 horas. Para aquellos que no reciben trombolíticos, solo se deben reducir los niveles de PAS superiores a 220 mmHg o PAD superiores a 120 mmHg, ya que la hipertensión en el accidente cerebrovascular agudo suele ser transitoria y puede ser protectora. Un objetivo razonable es una disminución de aproximadamente el 15% en la presión arterial media (13).

En un accidente cerebrovascular hemorrágico agudo, la reducción de la PAS a menos de 140 mmHg puede mejorar los resultados funcionales. Esto requiere un abordaje agresivo con antihipertensivos intravenosos de titulación rápida, y es necesaria una vigilancia extrema para prevenir la hipotensión, que provoca una disminución de la presión de perfusión cerebral y se suma a la lesión isquémica. Se recomiendan medicamentos fácilmente titulables de inicio rápido y corta duración de acción, como la nicardipina.

La disección aórtica también se desvía en el grado de reducción de la presión arterial que se recomienda. La enseñanza tradicional consiste en reducir la presión arterial hasta el nivel que los órganos permitan, con

una estrecha vigilancia del estado mental del paciente como guía. Los betabloqueantes intravenosos, más comúnmente el esmolol, son tratamientos de primera línea debido a su capacidad para reducir la presión arterial y evitar la taquicardia refleja y el aumento del estrés cortante en la pared aórtica. Clásicamente, el nitroprusiato se ha utilizado como complemento de los betabloqueantes en el tratamiento de la disección aórtica, pero se ha convertido en una práctica poco frecuente debido a su asociación con hipotensión rápida y profunda, taquifilaxia, así como el potencial de toxicidad por cianuro. La nicardipina con la adición de un betabloqueante también sería una opción razonable.

La preeclampsia es una emergencia hipertensiva particularmente preocupante y difícil de manejar, ya que hay dos pacientes a considerar. El tratamiento de primera línea es el sulfato de magnesio, administrado como una dosis de carga de 4 g a 6 g seguida de una infusión de 1 g a 2 g/hora (14). Se debe tener cuidado de controlar la producción de orina, los reflejos tendinosos profundos y el estado respiratorio. Si se necesitan más antihipertensivos, se pueden usar betabloqueantes, pero solo para tratar la PAS superior a 160 mmHg. La hidralazina alguna vez se promocionó como el agente preferido en pacientes embarazadas; Sin embargo, su retraso en el inicio de la acción, su duración prolongada y sus efectos hipotensores impredecibles lo convierten en una opción menos que ideal. Independientemente del agente, es probable que el paciente necesite una supervisión estrecha en un entorno de cuidados intensivos.

Conclusiones

Las emergencias hipertensivas representan una condición médica crítica que requiere una intervención inmediata para prevenir daños graves a los órganos. Estas emergencias se caracterizan por una elevación aguda y significativa de la presión arterial, acompañada de signos de daño a órganos diana como el corazón, los riñones, el cere-

bro y los pulmones. Las causas más comunes incluyen la falta de cumplimiento con los medicamentos antihipertensivos y el uso de simpaticomiméticos.

El manejo de las emergencias hipertensivas implica una evaluación cuidadosa del paciente para identificar los síntomas y signos presentes, como dolor de cabeza, mareos, alteración del estado mental, dificultad para respirar, dolor en el pecho, disminución de la producción de orina, vómitos o cambios en la visión. La evaluación también debe incluir pruebas de laboratorio y estudios de imagen para determinar el grado de daño a los órganos.

El tratamiento principal es la reducción rápida de la presión arterial utilizando medicamentos intravenosos de acción rápida y fácilmente titulables, como labetalol, esmolol, nicardipina y nitroglicerina. Es crucial monitorear frecuentemente la presión arterial y ajustar el tratamiento según sea necesario para evitar complicaciones adicionales.

El manejo de enfermería juega un papel vital en el cuidado de pacientes con emergencias hipertensivas. Los enfermeros deben monitorear la presión arterial, administrar medicamentos según lo prescrito, proporcionar oxígeno si es necesario y educar al paciente sobre la importancia de tomar sus medicamentos y mantener un estilo de vida saludable. La educación del paciente es fundamental para prevenir futuras crisis hipertensivas y mejorar los resultados a largo plazo.

A pesar de los avances en el tratamiento y manejo de las emergencias hipertensivas, la adherencia al tratamiento sigue siendo un desafío significativo. Muchos pacientes no cumplen con sus regímenes de medicación, lo que aumenta el riesgo de recurrencia y complicaciones graves. Es esencial un enfoque interprofesional que incluya a médicos, enfermeros, farmacéuticos y trabajadores sociales para garantizar que los pacientes reciban la educación y el apoyo necesarios para manejar su hipertensión de manera efectiva.

En conclusión, las emergencias hipertensivas son una condición médica grave que requiere una intervención rápida y efectiva. La educación del paciente y el cumplimiento con los medicamentos antihipertensivos son cruciales para prevenir estas emergencias y mejorar los resultados a largo plazo. Un enfoque interprofesional y una atención continua son esenciales para manejar adecuadamente la hipertensión y reducir la incidencia de emergencias hipertensivas.

Bibliografía

- Mathews EP, Newton F, Sharma K. CE: hypertensive emergencies: a review. *AJN The American Journal of Nursing*. 2021;121(10):24–35.
- Davis LL. Hypertensive Emergencies: Implications for Nurses. *Nursing Clinics of North America*. 2023;58(3):271–81.
- El Hussein MT, Dolynny A. Hypertensive emergencies: common presentations and pharmacological interventions. *Crit Care Nurs Q*. 2023;46(2):145–56.
- Miller J, McNaughton C, Joyce K, Binz S, Levy P. Hypertension management in emergency departments. *Am J Hypertens*. 2020;33(10):927–34.
- Himmelfarb CRD, Commodore-Mensah Y, Hill MN. Expanding the role of nurses to improve hypertension care and control globally. *Ann Glob Health*. 2016;82(2):243–53.
- Salami_Kohan K, Sabet FP, Darvishpour A. Playing the role of the nurse as a patient supporter in hypertensive patients in the emergency department: providing a theoretical model. *Revista Latinoamericana de Hipertension*. 2023;18(3).
- Li HJ, Shen YL, Huang X, Liu S, Yi P. Application effect of multidisciplinary collaborative nursing process in emergency care of patients with hypertensive cerebral hemorrhage. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2023;27(7):2745–50.
- Tanabe P, Steinmann R, Kippenhan M, Stehman C, Beach C. Undiagnosed hypertension in the ED setting—an unrecognized opportunity by emergency nurses. *J Emerg Nurs*. 2004;30(3):225–9.
- Rossi GP, Rossitto G, Maifredini C, Barchitta A, Bettegla A, Latella R, et al. Management of hypertensive emergencies: a practical approach. *Blood Press*. 2021;30(4):208–19.
- Celik N, Yilmaz M. Reasons why hypertensive patients admission to emergency services and their chronic illness care management. *Arch Nurs Pract Care* 2 (1): 018-023 DOI: [http://dx.doi.org/10.17352/anpc.2016;8\(018\):9-11](http://dx.doi.org/10.17352/anpc.2016;8(018):9-11).
- Baumann BM, Cline DM, Pimenta E. Treatment of hypertension in the emergency department. *Journal of the American Society of Hypertension*. 2011;5(5):366–77.
- Deal JE, Barratt TM, Dillon M. Management of hypertensive emergencies. *Arch Dis Child*. 1992;67(9):1089–92.
- Vallelonga F, Carbone F, Benedetto F, Airale L, Totaro S, Leone D, et al. Accuracy of a symptom-based approach to identify hypertensive emergencies in the emergency department. *J Clin Med*. 2020;9(7):2201.
- Schulenburg M. Management of hypertensive emergencies: implications for the critical care nurse. *Crit Care Nurs Q*. 2007;30(2):86–93.

CITAR ESTE ARTICULO:

Pacheco Cabrera , C. A. ., Chumacero Pacheco , M. A. ., & Gaviria Vasquez , A. G. . (2024). Rol de enfermería en la atención de emergencia hipertensivas. *RECIAMUC*, 8(3), 207-215. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.\(3\).sep.2024.207-215](https://doi.org/10.26820/reciamuc/8.(3).sep.2024.207-215)

