

ARTÍCULO ORIGINAL**Urgencia hipertensiva en el Centro de Diagnóstico Integral Bella Vista de Venezuela****Hypertensive urgency in the Integral Diagnostic Center Bella Vista, Caroni, Bolivar State, Venezuela**

Dr. Leonardo Savón Moirán¹, Dra. María del Rosario Milán Berreiro²

¹ Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de I Grado en Urología. Asistente. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba.

² Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Especialista de I Grado en Urología. Instructor. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba.

RESUMEN

Se realiza un estudio descriptivo transversal sobre el comportamiento de la urgencia hipertensiva en pacientes que acudieron al Centro de Diagnóstico Integral "Bella Vista", durante el período enero-diciembre de 2011. El universo está constituido por 250 pacientes hipertensos mayores de 20 años que acuden en más de tres ocasiones ha dicho servicio de los cuales se toma una muestra no probabilística a conveniencia de 164 pacientes que cumplieron además con los criterios de inclusión. Para el cumplimiento de los objetivos se aplica un formulario donde se recogen un grupo de variables clínicas epidemiológicas. Predominaron los pacientes de más 61 años, sexo femenino, trabajadores y los procedentes de sus hogares. El 71.34 % presentaron antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial, más de la mitad no cumplían el tratamiento médico y/o dietético. El abandono del tratamiento fue la causa del aumento de la tensión arterial en la mayoría de los casos estudiados.

Palabras clave: urgencias médicas, hipertensión arterial, tratamiento

ABSTRACT

A descriptive study is done on the behavior of the hypertensive emergency patients who presented with this illness at the Integral Diagnostic Center Bella Vista, from January to December 2011. The universe consists of 250 hypertensive patients older than 20 years who went to this center more than three times which took a nonrandom sample of 164 patients also met the criteria for inclusion. To fulfill the objectives, it was applied a form in which was collected a group of clinical and epidemiological variables such as patients over 61 years, female gender, and workers from their homes. The 71.34% presented medical history of hypertension, more than half did not do the medical treatment or diet. The abandonment of treatment was the cause of high blood pressure in most of the studied cases, the evolutionary treatment was considered satisfactory in 98.20% of patients, it is recommended to extend the study in other health institutions.

Keywords: medical urgency, high blood pressure, treatment

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial (HTA) constituye uno de los problemas médicos-sanitarios más importantes de la medicina contemporánea en los países tanto desarrollados como subdesarrollados; el control de la misma es la piedra angular sobre la que hay que actuar para disminuir, en forma significativa, la morbimortalidad por cardiopatía coronaria, enfermedades cerebro-vasculares y renales.¹

Aproximadamente 691 millones de personas padecen esta enfermedad en casi todo el mundo atendiendo a múltiples factores de índole económico, social, cultural, ambiental, y étnicos.

Se ha planteado que las cifras de presión arterial se elevan con la edad y que los valores de presión arterial sistólica continúan incrementándose de forma constante, al menos hasta los 75 años, mientras las cifras de presión arterial diastólica apenas aumentan a partir de los 50 años de manera progresiva a medida que el individuo envejece.²

Los estudios longitudinales, por el contrario, no confirman este cambio, sino que siguen mostrando el predominio masculino, la explicación se ha considerado que reside en la mayor mortalidad propia del grupo hipertenso, la cual hace que los varones portadores

de tal condición estén menos representados en los grupos de edades más avanzadas.³

La amplitud de las variaciones de la presión en el hipertenso anciano, especialmente en la hipertensión arterial sistólica aislada, constituye un importante factor pronóstico de las principales complicaciones cardiovasculares y cerebro-vasculares.^{4,5}

Ha sido repetidamente sugerido que la HTA representaría un "envejecimiento acelerado", esta afirmación se basa en la similitud de los cambios observados en la pared arterial en un caso y en el otro.

Téngase en cuenta que las arterias están lejos de ser conductos pasivos por donde circula la sangre sin consecuencias prácticas, sino que los diferentes factores hemodinámicos modulan la composición y la organización de la pared arterial durante toda la vida. Así, en los ancianos, el aumento en la rigidez que la edad conlleva no permite que los vasos se ajusten eficazmente para adaptarse a los cambios que mantienen el flujo sanguíneo regional, particularmente en el cerebro.⁵

Cuba no escapa a las transformaciones socioeconómicas que ha traído el de cursar del tiempo, y los cambios ocurridos a partir de 1959 que trajeron como consecuencia una elevación de la expectativa de vida de la población comparable con la de los países más desarrollados en el campo de la salud, por ello ya en 1981 el número de individuos de 60 años y más superaban el millón de personas, actualmente la prevaencia es de 30 % en zonas urbanas y de un 15 % en zonas rurales, lo que serian alrededor de 2 millones de hipertensos.⁶

En Venezuela con la creación de la Misión Barrio Adentro pasa a tener una situación favorable en cuanto a la prevención, diagnóstico y control de la HTA.

¿Cómo se comporta la crisis hipertensiva urgente en los pacientes que acuden al servicio de urgencia del Centro de Diagnóstico Integral Bella Vista del municipio Caroní, Estado Bolívar en la República Bolivariana de Venezuela?

MÉTODO

Se realiza un estudio descriptivo transversal con el propósito de determinar el comportamiento de la crisis hipertensiva urgente en los pacientes que acuden al servicio de urgencia del Centro de

Diagnóstico Integral Bella Vista del municipio Caroní, Estado Bolívar, en el periodo comprendido de enero a diciembre de 2011.

El universo está constituido por 250 pacientes hipertensos mayores de 20 años que acudieron en más de tres ocasiones ha dicho servicio de los cuales se tomó una muestra no probabilística a conveniencia de 164 pacientes que cumplieron además con los criterios de inclusión. Variables estudiadas: edad, sexo, antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial, comportamiento del tratamiento médico y dietético, causas del aumento de la tensión arterial y evolución con el tratamiento.

Criterios de inclusión:

- Pacientes con crisis hipertensiva urgente que facilitaron su seguimiento en consulta.
- Haber asistido al servicio e urgencia con crisis hipertensiva urgente en más de tres ocasiones durante el periodo objeto de estudios

Para considerar un paciente en una crisis hipertensiva se tomaron en cuenta los siguientes rasgos: sistólica igual o mayor de 160 mmHg y diastólica mayor de 110 mm Hg.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En la Tabla 1 encontramos un incremento de la incidencia de la crisis hipertensiva urgente a partir de los 61 años de edad. Con 62 pacientes para el 37.0 %, siguiéndoles en orden decreciente: 51 a 60 años con 41 (25 %), de 41 a 50 con 31 (18.9 %), de 31 a 40 años, 23(14 %) y de 20 a 30 años, 3 (4.3 %), en cuanto al sexo hubo un predominio significativo de las féminas con 107 (65.9 %) contra 57 hombres (34.1%).

Tabla 1. Edad y sexo

Edad	Femenino		Masculino		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
20 - 30	3	2.8	4	7.0	7	4.3
31 - 40	15	14.0	8	14.0	23	14.0
41 - 50	18	16.8	13	22.8	31	18.9
51 - 60	29	27.1	12	21.0	41	25.0
61 y más	42	39.2	20	35.1	62	37.8
Total	107	65.9	57	34.1	164	100.0

El progresivo incremento de las personas mayores de 60 años ha ocasionado que cada vez sean más numerosos los sujetos susceptibles a padecer de HTA, prevaleciendo en la población general y afecta a uno de cada cuatro individuos. La prevalencia de HTA arterial en el anciano es verdaderamente alarmante, esta alcanza en ocasiones hasta el 70 % en los mayores de 65 años.⁷

En el estudio se corroboraron estos datos al identificar un incremento de la incidencia de la crisis hipertensiva urgente a partir de los 61 años de edad, con 62 pacientes para el 37.8 %; (Tabla 1) situación que se corresponde con otros autores.⁸

La amplitud de las variaciones de la presión en el hipertenso anciano, especialmente en la hipertensión arterial sistólica aislada, constituye un importante factor pronóstico de las principales complicaciones cardiovasculares y cerebrovasculares, ha sido repetidamente sugerido que la hipertensión arterial representaría un "envejecimiento acelerado".

En cuanto al sexo hubo predominio significativo de las féminas con 107 (65.9 %) respecto a los hombres que fue de 57 (34.1 %). (Tabla 1), estas diferencias del sexo, algunos autores plantean que los más afectados son los hombres (36), mientras que otros encuentran un mayor predominio en las mujeres.⁹

Además, se plantea que existe un incremento de pacientes masculinos hipertensos con enfermedades cardiovasculares asociadas, como angina de pecho o infarto agudo del miocardio (40, 41). Se reconoce en la literatura médica que las mujeres se hacen hipertensas en el periodo posmenopáusico, es decir alrededor de los 50 años por razones fisiopatológicas que lo justifican.¹⁰

Los antecedentes patológicos personales de HTA personal se reflejan en la (Tabla 2). Los pacientes que acudieron con urgencia hipertensiva, el mayor por ciento (71.34 %) ya habían sido diagnosticados como hipertensos; no se encontró otra bibliografía que haya estudiado esta incidencia, lo cual se propone profundizar estudios futuros profundizar en este tema.

Tabla 2. Antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial

Antecedentes	No.	%
Si	117	71.34
No	47	28.66

Total	164	100
-------	-----	-----

En la Tabla 3 donde mostramos la distribución de frecuencia del tratamiento médico y dietético en pacientes con urgencia hipertensiva. Se observó que de los 164 pacientes estudiados, 87 (53.03 %) no cumplían tratamiento para la HTA; de estos 46 (97.8) sin terapéutica médica ni dietética, 40 (42.56 %) sin tratamiento dietético y 1 (4.3 %) sin tratamiento médico.

Tabla 3. Comportamiento del tratamiento médico y dietético

	Tratamiento médico		Tratamiento dietético		Tratamiento médico dietético		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Si	22	95.6	54	57.44	1	2.20	77	46.97
No	1	4.30	40	42.56	46	97.80	87	53.03
Total	23	14.02	94	57.31	47	28.66	164	100

Son múltiples los autores que se percatan de que la población hipertensiva no está sensibilizada con el cumplimiento de las indicaciones médicas terapéuticas o dietéticas^{3,4}, como forma de mantener en valores normales las cifras de tensión arterial como plantean varios autores en diferentes estudios^{6,8}

El mayor logro del tratamiento antihipertensivo ha sido reducir en más del 40 % el riesgo de complicaciones cerebrovasculares atribuibles a la hipertensión arterial.^{11,12} Aún así, estas siguen representando una de las principales causas de mortalidad en los pacientes hipertensos, por ello, el conocimiento de los mecanismos por los que la hipertensión arterial provoca enfermedad cerebral, así como su detección precoz, prevención y tratamiento, siguen siendo uno de los objetivos prioritarios de la investigación médica en la actualidad.^{13,14,15}

En la Tabla 4 se reflejan las causas del aumento de la tensión arterial, el abandono del tratamiento ocupó el primer lugar con 142 enfermos (86.71 %) le siguieron, la hipertensión post operatoria, 7 (4.23 %), traumatismos encefálicos 4 (2.43 %), hipertensión por drogas y quemaduras con 3 (1.80 %) cada uno, preclampsia en una enferma (0.6 %), finalmente no se precisó la causa en 4 enfermos para el (2.43 %).

Tabla 4. Causas del aumento de la tensión arterial

Causas	No.	%
Abandono de tratamiento	142	86.71
Hipertensión posoperatoria	7	4.23
Traumatismo encefálico	4	2.43
Hipertensión por drogas	3	1.80
Quemaduras	3	1.80
Preclampsia	1	0.60
No precisa de tratamiento	4	2.43
Total	164	100

Por último, la evolución de los pacientes con el tratamiento impuesto en el consultorio Tabla 5 se consideró satisfactoria en 161 enfermos (98.20 %) que fueron tratados indistintamente con psicoterapia, captopril, enalapril, metildopa y diazepam. Fue no satisfactoria en 3 pacientes (1.8 %) que fueron trasladados al centro de diagnóstico integral.

Está comprobado que en los pacientes hipertensos sin tratamiento regular se han observado en la pared arterial lesiones a nivel del endotelio vascular, téngase en cuenta que las arterias están lejos de ser conductos pasivos por donde circula la sangre sin consecuencias prácticas, sino que los diferentes factores hemodinámicos modulan la composición y la organización de la pared arterial durante toda la vida.^{16,17}

CONCLUSIONES

- Se demuestra un incremento de la crisis hipertensiva urgente a partir de los 61 años de edad, en el sexo femenino.
- La mayoría de los pacientes tenían antecedentes patológicos personales de hipertensión arterial y un buen número de ellos no cumplieron el tratamiento médico y dietético.
- La evolución de los pacientes con el tratamiento resultó ser satisfactoria en la mayoría de los casos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Rodríguez Cerrillo P, Mateos Hernández C, Fernández Pinilla N, Martell Claros N, Luque Otero M. Crisis hipertensiva, prevalencia y aspectos clínicos. *Rev. Clin Esp.* 2002(5): 255-8 PMID: 12060538.
2. Herrero Puentes P, Vázquez Álvarez J, Álvarez Cosmeao A, Fernández Vega F. Abordaje diagnóstico y terapéutico de las crisis hipertensivas. *Hipertensión.* 2003; 20(6): 273-82.
3. CENETEC. Guía de práctica clínica: prevención, diagnóstico y tratamiento de las crisis hipertensivas. México: Secretaría de salud; 2008.
4. Varon J, Polanski M: Hypertensive Crises: Recognition and Management. *The Internet Journal of Anesthesiology* [internet]. 1997 [citado 24 dic. 2011]. 11 (1). Disponible en: <http://www.ispub.com/journals/IJA/Vol1N1/articles/htncrise.htm>
5. Society of Cardiology. Nueva guía europea de HTA en Español. *J Hypertension.* 2007; 25(1): 1105-87.
6. Gómez Angelats E, Bragulat Baur E. Hipertensión arterial, crisis hipertensiva y emergencia hipertensiva. *Emergencias.* 2010; 22: 209-219. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0210-48062008000300011&lng=es&nrm=iso&lng=es
7. Jiménez Murillo L, Clemente Millán J, García Criado E, Montero Pérez FJ. Urgencia hipertensiva. En: *Guía diagnóstica y protocolo de actuación.* 3ªed. Madrid: Elsevier; 2004. p.202-2.
8. Llabrés Díaz J, Blázquez Cabrera JA. Hipertensión arterial en urgencias. Manejo clínico y terapéutico de la crisis hipertensiva. *Medicine.* 2007; 9(88): 5679-5685.
9. Mancia G, Baker G, Dominiczak A, Cifkova R, Fajard R, Germano G, et al. ESH and of the European Society of Cardiology (ESC). *J Hypertension.* 2007; 25: 1105-1187.
10. Grupo de Hipertensión Arterial de la Asociación Galega de Medicina Familiar e Comunitaria. Urgencias hipertensivas [Internet]. [actualizado 23 oct 2010; citado 14 sep 2012]. Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/urgencias-emergencias-hipertensivas>
11. Cowan C. Hypertensive emergencies [Internet]. agosto-octubre 2007 [citado 6 sep 2007]; 1(1): [aprox. 38p.]. Disponible en: <http://www.emedicine.com/emerg/topic267.htm>.
12. Kaplan NM. Crisis hipertensivas. En: *Hypertension clinical.* Oranse: Lippincott Williams and Wilkins; 2006. p.377-92.
13. Osorio Illas L, Paisán Rizo WM. Caracterización de las alteraciones en el fondo de ojo en pacientes hipertensos en una comunidad venezolana. *Rev. Cubana Med Gen Integr.* 2006; 22(1).

14. Hypertensive emergency and severa pretensión: what to treat, who to treta and how to treat. Me Clin North Am. May N Engl J Med. 2000;300(2):75-78.[Links]
15. O ´Rourke RA, Fuster V, Alexander EW. El corazón. En: Manual de Cardiología. 10ªed. España: McGraw Hill Interamericana; 2008.
16. Epstein M. The calcium antagonist controversy: the emergency important of drug formaulation as a determinant of risk. Am J Cardiol. 2008; 79(10A): 9-19.
17. González Juantay JR, Mazón Ramos P, Sonia Arcos F. Actualización de las guías de práctica clínica de la Sociedad Española de Cardiología en Hipertensión Arterial. Rev. Esp Cardiol. 2009; 6: 487-97.

Recibido: 25 de marzo de 2013

Aprobado: 5 de abril de 2013

Dr. Leonardo Savón Moirán. Hospital General Docente "Dr. Agostinho Neto". Guantánamo. Cuba. **Email:**
lsavon@hgdan.gtm.sld.cu