



Caracterización clínico epidemiológica de las crisis hipertensivas en el adulto mayor.

1. MSc. Dr. Serguey García Blanco Especialista de 2do grado en MGI Profesor Asistente Dirección Municipal de Salud La Lisa Orcid: 000-0002-4337-3216 Teléfono: 53597403 Email: sergueygarcia@gmail.com
2. MSc. Dra. Evora María Quesada Fernández Especialista de 2do grado en MGI Profesor Auxiliar Facultad de Ciencias Médicas de Manzanillo Celia Sánchez Manduley. Granma
3. Dr. Antonio Arevich Montero Especialista de 1er grado en MGI Profesor Asistente Policlínico Dra. Francisca Rivero Arocha Manzanillo Granma

Resumen

Introducción La hipertensión arterial consume parte importante de la actividad que realizan los médicos en consultas de cuerpos de guardia dentro de la atención primaria.

Objetivos Describir las características clínicas y epidemiológicas de las crisis hipertensivas en el adulto mayor. **Métodos** Se realizó una investigación de tipo

descriptiva y transversal sobre la caracterización clínico epidemiológica de las crisis hipertensivas en pacientes adultos mayores atendidos en el Cuerpo de Guardia del Policlínico No. 1 Dra. Francisca Rivero Arocha de Manzanillo, Granma, en el periodo comprendido entre enero – diciembre 2020. El universo estuvo representado por 2400 pacientes que acudieron al mencionado centro con síntomas y signos de hipertensión

arterial verificados por el personal médico, de ellos se obtuvo una muestra de 820 pacientes con el diagnóstico de crisis hipertensivas. **Resultados** Se obtuvo un predominio de las crisis hipertensivas en el grupo de edades de 60 a 69 años del sexo femenino, la urgencia hipertensiva como presentación clínica, la causa mayormente asociada fue la discontinuación de la terapia, como complicaciones las enfermedades cerebrovasculares. **Conclusiones** Se recomienda actualizar los protocolos de

urgencias en este grupo etáreo específicamente por las complicaciones propias de la edad.

Palabras claves: crisis hipertensiva, adulto mayor, caracterización clínica.

Introducción

La hipertensión arterial consume parte importante de la actividad que realizan los médicos en consultas de cuerpos de guardia dentro de la atención primaria. Continuamente medimos las cifras de tensión arterial a pacientes que acuden a las consultas de urgencia. Sin embargo, el pesquaje no parece ser el punto en el cual se complica el control de la enfermedad. Una vez logrado que el paciente se sensibilice con el proceder y la importancia de este, entonces es necesario que mantenga una actitud consecuente ante su problema, de modo que la asistencia médica conduzca a la compensación o la curación.

La hipertensión arterial (HTA) puede presentar, a lo largo de su evolución, complicaciones agudas que constituyen auténticas urgencias médicas que requieren atención inmediata. Estas complicaciones agudas de la hipertensión se engloban dentro del término genérico de crisis hipertensiva (CH), que incluye toda elevación aguda de la tensión arterial (TA) igual o superior a 120 mm Hg. de tensión arterial diastólica (TAD) o una tensión arterial sistólica (TAS) igual o superior a 200 mm Hg. (1). La importancia de la Crisis hipertensiva deriva de su frecuencia y de su gravedad. En cuanto a la primera hay que tener en cuenta que alrededor del 1- 2 % de los enfermos hipertensos desarrollan una Crisis hipertensiva a lo largo de su vida y la hipertensión afecta la quinta parte de la población adulta. (2)

Un estimado de 691 millones de personas en todo el mundo sufre de esta enfermedad, en la mayoría de los países el índice de prevalencia es entre el 15 y 30% .De las muertes por esta causa, 15 millones corresponden a enfermedades circulatorias; 7.2 millones a enfermedades cardíacas y 4.6 millones por enfermedades cerebro vasculares (3).

Según diversos estudios de vigilancia epidemiológica realizados en Estados Unidos y distintas naciones europeas, hasta una cuarta parte de la población adulta sufre de hipertensión arterial y a pesar de las distintas opciones terapéuticas disponibles en la

actualidad, de comprobada eficacia y seguridad, es preocupante que menos de 55% de los individuos hipertensos no recibe tratamiento alguno y el porcentaje de pacientes con cifras tensiónales controladas mediante el tratamiento no supera el 45% (4).

Cuba muestra cerca de dos millones y medio de hipertensos o sea entre el 25.6 y 38.2 % de los mayores de quince años. Con una prevalencia de hipertensión arterial para adultos mayores de 18 años de un 30 por ciento en las zonas urbanas y de un 15% en las zonas rurales.(5).

En Venezuela la prevalencia de Hipertensión registrada es del 32.4 %, conocidos un 47%, tratados un 37 % y controlados solo un 8.5% y la mortalidad por enfermedad cardiaca hipertensiva es de 2.46 %.(5,6)

Se ha mencionado en el programa nacional para el control de esta enfermedad sobre el enfoque epidemiológico de esta para realizar intervenciones y obtener mejores resultados en su control y sus consecuencias; entonces cabe preguntarse qué rol juega el cuerpo de guardia en la atención a estos pacientes y en el control de la hipertensión, y basada en esta premisa hemos concebido este trabajo.

Objetivos

Describir las características clínicas y epidemiológicas de las crisis hipertensivas en el adulto mayor.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo y transversal con los adultos mayores que acudieron con crisis hipertensiva al Cuerpo de Guardia del Policlínico No. 1 Dra. Francisca Rivero Arocha de Manzanillo, Granma, en el periodo comprendido entre enero – diciembre 2020.

El universo estuvo constituido por los 2400 pacientes hipertensos mayores de 60 años, de ambos sexos, que acudieron al Cuerpo de Guardia. Se realizó un muestreo no probabilístico, quedando constituida la muestra por 820 pacientes hipertensos de la tercera edad que cumplieron los siguientes criterios de inclusión: deseo de participar en la investigación, adultos de 60 años y más, con el diagnóstico de crisis hipertensiva y ausencia de enfermedad invalidante, que afectara su capacidad intelectual y/o física.

Una vez que se obtuvo el consentimiento, se procedió a recoger las variables de interés para caracterizar el grupo: edad (60-69, 70-79, 80-89, 90 años y más), sexo (masculino

y femenino), presentación clínica (Urgencias Hipertensivas: - Emergencias Hipertensivas), etiología (descontinuación de la terapia, falta de modificación del estilo de vida, enfermedades renales del parénquima, otras causas: descontrol metabólico, otras enfermedades crónicas asociadas, incumplimiento de la dieta, hiperuricemia, hipercolesterolemia), complicaciones (Enfermedad cerebrovascular : Isquemia cerebral transitoria, Trombosis o hemorragia cerebral , Cardiovasculares: Pacientes con criterios clínicos de cardiopatía Isquémica y Edema agudo del pulmón, renales y Otras complicaciones.

Para el diagnóstico de las crisis hipertensivas se realizó una cuidadosa evaluación clínica que comprendió la anamnesis y el examen físico. Encontrándose como signo principal una elevación aguda de la tensión arterial (TA) igual o superior a 120 mm Hg. de tensión arterial diastólica (TAD) o una tensión arterial sistólica (TAS) igual o superior a 200 mm Hg. o ambas inclusive.

Se confeccionó una base de datos los cuales fueron procesados y sus resultados expresados en tablas y gráficos según las facilidades brindadas por programas como el Microsoft Word y Excel pertenecientes al paquete de Office 2007 de Windows XP.

Resultados

En la **tabla 1** se muestra un comportamiento diferenciado por edades, a favor del grupo de edades de 60-69 años con 313 pacientes para 38.4%, seguida de los pacientes de 70-79 años y más con 35.0 %.

TABLA 1 Distribución de los pacientes con crisis hipertensiva según edad. Policlínico Universitario 1 Dra. Francisca Rivero Arocha. 2020.

Grupos de edades	No de pacientes	%
60-69 años	313	38.4
70-79 años	287	35.0
80-89 años	189	23.4
90 años y más	31	3.8
Total	820	100.0

En la **tabla 2** se muestra la distribución de los pacientes según sexo, siendo el más frecuente el femenino con 432 casos para 52.7%.

TABLA 2 Distribución de los pacientes con crisis hipertensiva según sexo. Policlínico Universitario 1 Dra. Francisca Rivero Arocha. 2020.

Sexo	No de pacientes	%
------	-----------------	---

Femenino	432	52.7
Masculino	388	47.3
Total	820	100.0

En la **tabla 3** la presentación clínica de mayor frecuencia fue la urgencia hipertensiva con 560 pacientes para 68.3%.

TABLA 3 Distribución de los pacientes con crisis hipertensiva según su presentación clínica. Policlínico Universitario 1 Dra. Francisca Rivero Arocha. 2020.

Clasificación	No de pacientes	%
Urgencias Hipertensivas	660	80.5
Emergencias Hipertensivas	160	19.5
Total	820	100.0

En la **tabla 4** se aprecia la distribución de los pacientes según las principales causas que desencadenan una crisis hipertensiva, el mayor porcentaje se observó en los pacientes con hipertensión arterial que abandonaron su tratamiento con 374 casos para 45.6%, seguida en orden de frecuencia de la falta de modificación del estilo de vida con 30.6%.

TABLA 4 Pacientes con crisis hipertensiva según causa de las crisis hipertensivas. Policlínico Universitario 1 Dra. Francisca Rivero Arocha. 2020.

Principales causas	No de pacientes	%
Descontinuación de la terapia	374	45.6
Falta de modificación del estilo de vida	251	30.6
Enfermedades renales	123	15.0
Otras causas	72	8.8
Total	820	100.0

En la **tabla 5** se observa que la complicación más frecuente entre los pacientes con crisis hipertensivas fueron las enfermedades cerebrovasculares representando 41.5% de los casos, seguido de las enfermedades cardiovasculares (31.1%).

TABLA 5 Pacientes según complicaciones más frecuentes de las crisis hipertensivas. Policlínico Universitario 1 Dra. Francisca Rivero Arocha. 2020.

Complicaciones más frecuentes	No. de pacientes	%
Cerebrovasculares	340	41.5
Cardiovasculares	255	31.1
Renales	115	14.0
Otras complicaciones	110	13.4
Total	820	100.0

Discusión

Tabla 1 La prevalencia de hipertensión arterial señalada por la literatura internacional plantea que la misma aumenta con la edad, demostrándose que después de los 50 años el 50 % de la población la padece, tal como se evidencia en la bibliografía revisada. Resultados similares a los encontrados por el autor, se aprecian en un estudio realizado en la capital de Tanzania por Edwards R, Unwin N, donde se obtuvo una prevalencia de Hipertensión arterial del 34% en el grupo de edades entre 60-69 años (7). De igual manera en un estudio realizado en Nigeria se encontró que el grupo de edades predominante fue entre 60-65 años para 38.3% de frecuencia (8).

Tabla 2 Se plantea que el sexo masculino tiene mayor prevalencia sobre el femenino a razón de 33 contra 27, siendo todo ello válido hasta los 50 años de edad, pues después estas cifras tienden a invertirse debido a la aparición de la menopausia (9). En el año 2006 en la Consulta Externa de Cardiología, Nefrología y Medicina Interna del Hospital Universitario Univalle de la ciudad de Cochabamba, Bolivia donde se encontró un predominio del sexo femenino en un 69% (10), resultados similares se observan en un estudio cubano realizado en Policlínico Principal de Urgencias "Emilia de Córdova" del municipio San Nicolás, de julio a septiembre del 2006 donde el predominio del sexo femenino fue de 62,5% (11).

Tabla 3 En el año 2003 en Cuba en un estudio llevado a cabo en el Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular de 128 pacientes en estudio, 12 fueron emergencias para 9.3 % y 86 fueron urgencias para 67 %, hecho similar a los resultados encontrados por el autor. La incidencia de emergencias hipertensivas ha ido reduciéndose en relación con el avance de las medidas fármaco terapéuticas y en la actualidad constituyen alrededor del 1 % de las crisis hipertensivas. Por el contrario, las urgencias hipertensivas continúan siendo frecuentes, y en el Cuerpo de Guardia del Instituto de Cardiología y Cirugía Cardiovascular (ICCV) constituyen aproximadamente entre 15 y el 20 % de todas las consultas (observaciones no publicadas extraídas de los reportes del Departamento de Admisión del Instituto). Las crisis hipertensivas son la causa de la mayor cantidad de consultas en el Cuerpo de Guardia (12).

Tabla 4 La literatura internacional plantea desde un punto de vista epidemiológico, que solo se presentan crisis hipertensivas en el 1 ó 2 % del total de hipertensos, y dentro de

este grupo, un gran porcentaje de las mismas se presentan en pacientes con hipertensión esencial y en general estos episodios se relacionan o bien con un abandono del tratamiento o bien con un tratamiento inefectivo, o también en pacientes con una deficiente atención primaria. (13) Entre los 991 participantes identificados con presión arterial alta, en un estudio realizado en Addis Ababa, un poblado de la capital de Etiopía, por Tesfaye F, Byass P, Berhane Y, Bonita R, Wall S, encontraron que solo 348 (35,2%) eran conscientes de la presión arterial, pero sólo 109 (11%) estaban recibiendo medicación antihipertensiva continua, de los cuales 28 (25,6%) eran normales (de control) en la sangre presión en el momento del estudio. (14)

Tabla 5 Los accidentes cerebro vascular y la hipertensión arterial constituye una de las principales causas de muerte y de discapacidad mundialmente. En África según datos estadísticos muestran que dicha mortalidad y discapacidad se comportan similares o más altas que las demás regiones del mundo. En el África sub.-sahariana en más del 90% de los pacientes con hemorragias cerebro vascular y en más de la mitad de los que sufren isquemia cerebral han sido encontrados como causa determinante las cifras elevadas de tensión arterial.(15) En un estudio del 2008 sobre Factores Desencadenantes de Crisis Hipertensivas en Pacientes del Hospital Escuela, Tegucigalpa la afección principal en órganos blanco fue la del sistema nervioso central con 54 pacientes para 37.2%, seguido de 11 casos para 7.6% en los que el órgano de choque afectado fue corazón y en tercer lugar 4 casos para 2.8% con afectación renal. (16)

Conclusiones

La población que predominó fue la perteneciente al grupo de edades entre los 60-69 años y el sexo femenino. La presentación clínica de mayor frecuencia fue la urgencia hipertensiva. La causa mayormente asociada fue la discontinuación de la terapia y como complicaciones las enfermedades cerebrovasculares, seguidas de las cardiovasculares.

Referencias bibliográficas

[1] Pérez Tomero E, Juárez Alonso S., P. Laguna del Estal y Grupo de Estudio. Crisis hipertensivas en los servicios de urgencias hospitalarios. Estudio SUHCRI. Emergencias 2005; 13:82-88.

- [2] Hernández Simón P, Maicas C, González Pérez P, Rodríguez Radial L. Crisis hipertensivas. Monocardio N°4 2004; Vol V: 250-261.
- [3] Rigau Morales Manuel José, Estupiñán Achiong Fernando, Hernández Díaz Odalis, García Fuentes Sonia. Pesquisa activa de hipertensión arterial. Un éxito de la atención primaria de salud. Revista cubana de medicina General Integral. Noviembre/Diciembre 2005; vol19, N° 6.
- [4] Vega Alonso A. Tomás, Lozano Alonso José E., Álamo Sanz Rufino, Lleras Muñoz Siro. Prevalencia de la hipertensión arterial en la población de Castilla y León. Gac Sanit. 2008 Ago; 22(4): 330-336.
- [5] X. Santiveri. La hipertensión arterial perioperatoria. Un problema sin resolver. Rev. Esp. Anestesiol. Reanim. 2006; 47: 143-144
- [6] Bracho M, Silva-Rondón E, Calmón G, Esis- Ramos C, González-Márquez A, Urdaneta I y González E. Prevalencia de hipertensión arterial en la población adulta del estado Zulia. Instituto de Investigación y Estudios de Enfermedades Cardiovasculares" Maracaibo 2005.
- [7] Gibbons CJ, ed. South African Medicines Formulary. 7th ed. Cape Town: South African Medical Association, 2005.
- [8] Vander Sande MA ,Mitigan PJ,NyanOA ,etal.Blood Pressure patterns and Cardiovascular risk factors in rural and urban Gambian Communities. JHumHypertens2005;14(8):489-96.
- [9] González et al. Actualización de la terapia antihipertensiva. Revisión comparativa entre el séptimo reporte y la guía europea del tratamiento de la hipertensión arterial 2007. Revista de Facultad de Medicina, Universidad de Los Andes. Vol. 17. N° 2. 2008.
- [10] Valluerca Pintos Jesús, Gutiérrez Valdés Omitsa, Rivero Chávez. Tamara Elsa, Colarte Mirabal Javier. Tratamiento y seguimiento de pacientes con urgencias hipertensivas. Policlínico Universitario Héroes de Girón. Año 2006.
- [11] Fuenmayor, Pedro José y Gómez, Jeiv Vicente. Comparación de la combinación hidroclorotiazida/bisoprolol con enalapril/amlodipina en el manejo de la hipertensión arterial no controlada. RFM. [Online]. jun. 2008, Vol.31, no.1, p.45-51.
- [12] Cárdenas Laza Lariel. Incidencia de la Emergencia Hipertensiva en el Servicio de Urgencias Médicas. Hospital Ciro Redondo. Año 2006.

[13] Cáceres Lóriga FM., Pérez López H. Crisis Hipertensivas: actualización terapéutica. Rev. Cubana Cardiol Cir Cardivasc 2004; 14(2): 124-132.

[14] Borghi C., Cosentino E. Crisis Hipertensivas. Guía Práctica de Hipertensión Arterial. Momento Médico Iberoamericana; 2003. p. 7-23.

[15] Calhoun DA, Oparil S. Treatment of hypertensive crisis. N Engl J Med 2004; 323: 1177-83.

[16] Kotliar Carol. HTA Severa en Servicios de Emergencias: lo clásico, lo nuevo. ¿Hacia dónde Vamos? Publicación: Octubre de 2007.