

Caracterización de pacientes hipertensos no dispensarizados que acuden a un servicio de urgencias

Characterization of unclassified hypertensive patients who go to the emergency service

Dania Melia Pérez^I; Ileana Elena Castañeda Abascal^{II}; Jorge Carlos Pulles Cuervo^{III}

^IMáster en Urgencia Médica. Policlínico "28 de Enero". Municipio Playa. La Habana, Cuba.

^{II}Doctora en Ciencias de la Salud. Profesora Titular. Escuela Nacional de Salud Pública. La Habana, Cuba.

^{III}Especialista de I Grado en Medicina Interna. Policlínico "28 de Enero". Municipio Playa. La Habana, Cuba.

RESUMEN

Introducción La alta prevalencia de la hipertensión arterial en los últimos años la ha situado en uno de los problemas de salud más importantes de la medicina contemporánea.

Objetivos Caracterizar a los pacientes hipertensos que no están dispensarizados ni tratados por su consultorio del médico de familia y que acuden al servicio de urgencia del policlínico "28 de Enero" del municipio Playa, La Habana, durante el año 2006.

Métodos Se estudiaron 190 pacientes mayores de 15 años de edad, a todos se les realizó examen clínico y de laboratorio y se les aplicó una entrevista semiestructurada. La información se resumió en números absolutos y porcentajes para variables cualitativas y en valores promedios y desviación estándar para variables cuantitativas. Todos los pacientes expresaron su consentimiento para participar en el estudio. Se garantizó la confidencialidad de la información.

Resultados Existe un número importante de pacientes en los que se encuentran presentes factores de riesgo que influyen en la enfermedad, entre ellos, el estrés fue referido por el 100% de los enfermos. El 80,0% de los pacientes presentaron

hipertrofia ventricular izquierda, retinopatías hipertensivas y alteraciones en la creatinina, por ello, fueron clasificados en el estadio 2 de la repercusión orgánica de la enfermedad.

Conclusiones La no dispensarización de los pacientes hipertensos estudiados impide que reciban el tratamiento adecuado y que se pueda realizar el seguimiento que necesitan por parte del equipo de salud, lo que acrecienta el riesgo de que aparezcan complicaciones cardiovasculares, cerebrovasculares o renales en un futuro. Una dispensarización ordenada de los pacientes hipertensos en el consultorio del médico de la familia puede revertir esta situación.

Palabras clave: Hipertensión arterial, atención primaria de salud, servicios de urgencias médicas.

ABSTRACT

Introduction The high prevalence of blood hypertension in the last few years has become one of the most significant health problems for the contemporary medicine.

Objectives To characterize those hypertensive patients, who were neither classified nor treated as such by their family physician´s office, and who went to the emergency service of "28 de Enero" polyclinics in Playa municipality, City of Havana, in 2006.

Methods One hundred and ninety patients aged over 15 years were studied; all of them had undergone clinical and lab tests and they were given a semi-structured survey. The information was summarized in whole numbers and percentages for qualitative variables and in average values and standard deviation figures for quantitative variables. All the patients accepted to participate in the study. Data confidentiality was guaranteed.

Results There was a significant number of patients with risk factors affecting their disease, such as stress that was reported in 100% of patients. Eighty percent presented with left ventricular hypertrophy, hypertensive retinopathy and creatinine abnormal values, so they were classified as stage 2 of organ impact of the disease.

Conclusions The lack of medical classification of these studied hypertensive patients prevents them from receiving adequate treatment and follow-up by the health team, all of which increases the risk of cardiovascular, cerebrovascular and renal complications in the future. An orderly medical classification of hypertensive patients at the family physician´s office can change this situation.

Key words: Blood hypertension, primary health care, medical emergency services.

INTRODUCCIÓN

La hipertensión arterial constituye uno de los problemas médicos sanitarios más importantes de la medicina contemporánea en los países desarrollados y en Cuba,^{1,2} donde las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar entre las causas de muerte y son además generadoras de incapacidad temporal o definitiva en la población laboralmente activa.^{3,4} La hipertensión arterial es el común

denominador más frecuente entre las enfermedades antes mencionadas,^{5,6} de ahí, que sea considerada por el Ministerio de Salud Pública (MINSAP) como un problema de salud y por tanto se hayan puesto en práctica programas tendentes a incrementar su prevención, detección precoz y control.¹

La hipertensión arterial es un factor de riesgo conocido que influye en la morbilidad y letalidad de enfermedades como la cerebrovascular y los problemas renales, de ahí la importancia de su prevención y control.⁷ La alta prevalencia de la hipertensión arterial viene condicionada por múltiples factores de riesgo como dislipidemias, obesidad, hábitos tóxicos, stress y otros, los que incrementan el riesgo cardiovascular en pacientes hipertensos.

Aún persisten lagunas en la detección, tratamiento y control de la hipertensión arterial a pesar de los cuantiosos recursos económicos y sanitarios que han sido destinados para este fin, por lo que es necesaria la adopción de estrategias globales y comunitarias dirigidas en este sentido.

No existe un método exacto para predecir la evolución de la hipertensión arterial pero sí, la prevención de las complicaciones que son proporcionales a las cifras de presión arterial y estas incrementan el desarrollo prematuro de enfermedades cardiovasculares.^{8,9}

Muchas veces se suele subestimar la participación de la hipertensión arterial en el daño vascular que da lugar a la muerte. Si la misma no es tratada, el 50 % fallece de cardiopatía, el 33 % de apoplejía y del 10 al 15 % de insuficiencia renal.

En la hipertensión arterial los signos físicos dependen de la causa, la duración, la severidad y el grado de lesión a órganos diana. La hipertrofia cardiaca, la retinopatía hipertensiva ayudan a determinar la severidad y el pronóstico de la hipertensión arterial.

Una parte importante de los hipertensos (30 %) no está consciente de su estado, lo que hace que acudan al cuerpo de guardia sólo cuando se sienten mal o sospechan tener un aumento de la tensión arterial, pueden entonces, en muchas ocasiones, diagnosticarse o tratarse inadecuadamente. Lo más conveniente es acudir de manera sistemática a su consultorio, donde puede, no sólo diagnosticarse, sino también dispensarizarse, tratarse y seguirse de manera integral.

Con el desarrollo del médico de la familia, se puede lograr un cambio sustancial en el perfil de la salud cubana. Esta potente fuerza está capacitada para la identificación de nuevas fuentes y mecanismos para la evaluación del estado de salud de la población, con la inclusión de procedimientos que permiten el diagnóstico y el seguimiento de estos problemas. Por otra parte, se pueden realizar intervenciones y acciones de salud pertinentes que favorecen la modificación de estilos de vida y el control de los factores que constituyen problemas de salud de la población cubana.

La atención primaria es el único nivel asistencial capaz de establecer una estrategia integral en la detección, tratamiento, seguimiento y control de la hipertensión arterial y ello da la posibilidad de lograr un impacto en la disminución de la morbilidad y mortalidad por esta causa.

La aparición cada vez mayor de hipertensos no dispensarizados con repercusión orgánica se aprecia en los servicios de urgencia de las áreas de salud. Este hecho contrasta con los objetivos del Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico,

Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial, los que están dirigidos a la detección precoz en consultorios del médico de familia, lo que permite la disminución de la morbilidad y mortalidad de enfermedades cardiovasculares, cerebrales y renales y la elevación de la calidad de vida de los pacientes hipertensos. Sin embargo, no existen suficientes conocimientos sobre la magnitud, los factores presentes en los pacientes con hipertensión arterial no dispensarizada con repercusión orgánica en el Área de Salud del Policlínico "28 de Enero" del municipio Playa, todo lo cual motivó la realización de la presente investigación cuyos resultados podrán ser aplicados en el perfeccionamiento de la calidad de la atención de salud.

MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizó una investigación observacional descriptiva de corte transversal.

Universo

Se estudiaron a los 190 pacientes mayores de 15 años de edad con hipertensión arterial no dispensarizados por el consultorio del médico de familia del área de salud que acudieron espontáneamente al cuerpo de guardia durante todo el año 2006.

Fuentes de Información

1. Instrumento denominado "Formulario de Datos" donde se recogió la información acerca de las características sociodemográficas y de los factores de riesgo presentes en los hipertensos estudiados.
2. Se utilizó otro modelo denominado "Resultado de Complementarios" donde se recogió la información sobre la repercusión orgánica, los resultados del fondo de ojo, del electrocardiograma y del análisis de creatinina.

VARIABLES ESTUDIADAS

1. Edad: se consideró los años cumplidos al momento de la consulta.
2. Sexo: se consideró el sexo biológico. La escala fue:
 - Femenino
 - Masculino.
3. Rasgos predominantes, según color de la piel y características del cabello. La escala fue:
 - Blanco: rasgos europoides.
 - Negro: rasgos negroides.

- Mestizo: rasgos de europoides y negroides.

4. Talla: estatura del paciente de pie. Se midió en cm.

5. Peso: peso del paciente en el momento de la consulta. Se midió en Kg.

6. Valoración nutricional (IMC): se midió a través del Índice de Masa Corporal (IMC) que se calculó dividiendo el peso en Kg del paciente entre la talla al cuadrado.

Se agrupó en las categorías:

- Bajo peso: IMC menor de 18,7 kg/m².

- Normo peso: IMC 18,8 a 23,6 kg/m².

- Sobre peso: IMC 23,7 a 26,5 kg/m².

- Obeso: IMC mayor de 26,6 kg/m².

7. Ocupación: se clasificó de acuerdo a la ocupación realizada en:

- Trabajador.

- Estudiante.

- Ama de casa.

-Desocupado.

8. Escolaridad: nivel de grados alcanzados. Se clasificó en:

- Primaria.

- Secundaria.

- Técnico medio o preuniversitario.

-Universitario

9. Hábito de fumar :según la condición de tener o no haber tenido el hábito Tiene dos categorías:

- Fuma.

- No fuma.

10. Consumo de alcohol: se refiere a la condición de tener el hábito. Se clasificó en:

- Ingiere bebidas alcohólicas.

- No ingiere bebidas alcohólicas.

11. Factores de riesgo: son todos los factores negativos que inciden sobre la presión arterial. Dentro de estos se estudiaron:

- Dislipidemias: se consideró como factor de riesgo a los valores de colesterol mayores de 6 mmol/L y triglicéridos mayores de 2 mmol/L.
- Obesidad: se consideró como factor de riesgo cuando el IMC era mayor de 26,6 kg/m².
- Sedentarismo: cuando el paciente refirió tener hábitos inactivos, estar sentado habitualmente.
- Stress: cuando el paciente refirió tener un estado de tensión excesiva como resultante de una acción brusca o continuada, nociva para el organismo.

12. Ingestión de medicamentos: cuando el paciente refirió tener hábito de automedicarse

13. Clasificación de la hipertensión arterial según repercusión orgánica.

Se clasificó en:

- Estadio 1: hipertensión arterial sin señales objetivas de alteraciones orgánicas.
- Estadio 2: alteraciones orgánicas ligeras: hipertrofia ventricular izquierda, retinopatías hipertensivas en estadio 1 y 2, aumento ligero de creatinina.
- Estadio 3: síntomas y signos de repercusión sistémica franca, como son la insuficiencia ventricular izquierda, enfermedad cerebrovascular, retinopatía hipertensiva 3 y 4, infarto agudo del miocardio.

14. Clasificación de la hipertensión arterial según fondo de ojo. Se clasificó en:

- Normal.
- Grado 1: arterias estrechadas.
- Grado 2: signo Gun (estrechamiento arterio-venoso).
- Grado 3: hemorragias y/o exudados.
- Grado 4: hemorragias y/o exudados con papiledema.

15. Resultado de electrocardiograma: se clasificó en dos categorías:

- Positivo: si presenta hipertrofia cardiaca.
- Negativo: no presenta hipertrofia cardiaca.

16. Resultado de creatinina en sangre, según método cinético: se diseñó una escala de acuerdo a los valores alcanzados de creatinina de la siguiente forma:

- Normal: valores 97 micromol/L y 128 micromol/L

- Elevada: valores mayores 129 micromol/L.

La información se resumió en números absolutos y en porcentajes para variables cualitativas y en promedios y desviación estándar para variables cuantitativas.

Se contó con el consentimiento informado de los pacientes que participaron en el estudio de forma escrita. Se garantizó la confidencialidad de la información, que siempre será utilizada de forma resumida con fines docentes e investigativos.

RESULTADOS

Los pacientes estudiados fueron los hipertensos que no estaban dispensarizados en su consultorio del médico de familia y que fueron atendidos en el servicio de urgencia del área de salud "28 de Enero" durante el año 2006. De los 190 pacientes estudiados, 112 eran del sexo femenino (58,9 %) y 78 eran del sexo masculino (41,1%). La edad promedio fue de 52 años con una desviación estándar de 45 a 65 años.

El 42,1% eran de piel negra, seguida muy de cerca por la mestiza. Se pudo conocer que el 64,2 % eran trabajadores y el 54,8 % tenían nivel escolar de secundaria básica.

En cuanto al hábito de fumar y el consumo del alcohol se encontró que el primero estuvo presente en el 68,4 % de los pacientes, mientras, el consumo de alcohol no fue elevado, sólo de 6,3%.

En la [figura 1](#) se puede observar que el factor de riesgo de mayor frecuencia fue el stress referida por el 100 % de los casos, seguido de las dislipidemias con el 66,3%.

El 80,0 % de los pacientes con hipertensión que no se encontraban dispensarizados, fueron atendidos en el servicio de urgencia y tenían hipertrofia ventricular izquierda, retinopatías hipertensivas y alteraciones en la creatinina, por ello, se clasificaron en el estadio 2 de la repercusión orgánica ([figura 2](#)).

Los daños orgánicos se localizaron también a través de los signos identificados en las pruebas diagnósticas realizadas. Se encontró que el 52,6 % de los pacientes tenían según el fondo de ojo una hipertensión arterial grado 2, el 67,4 % alteraciones electrocardiográficas del tipo de la hipertrofia cardiaca y el 22,2 % elevada la creatinina en sangre.

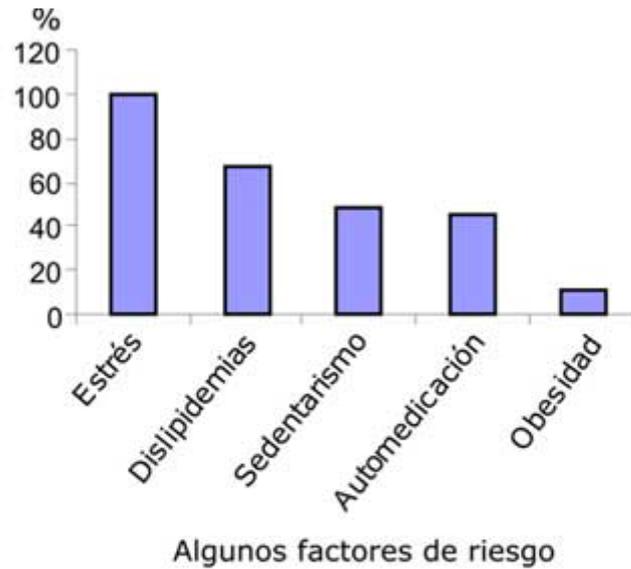


Fig. 1. Hipertensos no dispensarizados según algunos factores de riesgo para la hipertensión arterial. Policlínico "28 De Enero," Playa, 2006.

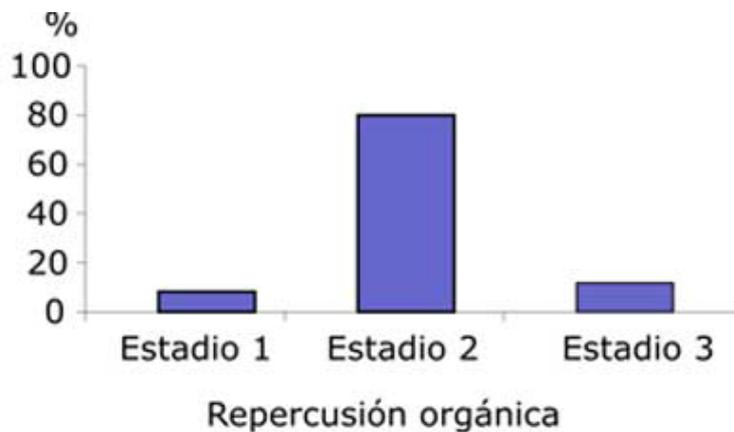


Fig. 2. Hipertensos no dispensarizados según repercusión orgánica. Policlínico "28 De Enero", Playa, 2006.

DISCUSIÓN

Los resultados se correspondieron con los de la literatura revisada al encontrar, en el tipo de paciente caracterizado en esta investigación, representación más importante de la población adulta media, las mujeres y los de piel negra.^{10,11}

El hábito de fumar posee capacidad aterogénica. De los factores de riesgo coronario que acompañan a la hipertensión arterial, este es el que más depende de la voluntad del perjudicado. El cese de fumar debe ser una indicación inmediata en el hipertenso.⁸ La no dispensarización de los pacientes estudiados puede haber sido una de las razones principales por las que continúan fumando al no haberse realizado las actividades de promoción y prevención establecidas.

Aunque la frecuencia de consumo de alcohol no fue alta, es bueno considerarla porque pone de manifiesto una falla en el Programa Nacional de Prevención, Diagnóstico, Evaluación y Control de la Hipertensión Arterial. Este hábito predispone también a la aparición de enfermedades cardiovasculares, cerebrovasculares y renales.^{9,10}

Hay autores que han planteado que existe relación directa entre la intensidad al fumar y las cifras de tensión arterial. Se han establecido también los volúmenes de alcohol cuya ingestión influye e la aparición de hipertensión arterial. Las cifras cuyos límites no deben ser traspasados son 720 mL de cerveza, 300 mL de vino ó 60 mL de wiskey.¹²

El stress ha sido considerado como uno de los factores de riesgo que provocan el desencadenamiento y perpetuación de la hipertensión arterial.^{12,13,23} El hecho de que todos los pacientes estudiados manifestaron encontrarse constantemente sometidos al stress por un tiempo prolongado hace pensar en la necesidad que tienen de atención sistemática e integral para el cuidado de su enfermedad que no basta con la recibida en un cuerpo de guardia para resolver un cuadro de crisis.

La automedicación como factor de riesgo de la hipertensión arterial ha sido muy discutida por muchos investigadores. Sin embargo, cuando es practicada por los hipertensos puede potenciar y acelerar las complicaciones de la enfermedad. La automedicación en el caso de los pacientes estudiados fue, fundamentalmente, a expensas de antiinflamatorios no esteroideos.

Por estas razones, el personal de salud y los medios de difusión masiva alertan constantemente sobre los daños que puede producir la automedicación al organismo, en especial a aquellas personas que padecen alguna enfermedad como la que se estudia.

Los autores consideran que la práctica de ejercicios físicos sistemáticos, con intensidad moderada en pacientes hipertensos ligeros y moderados, puede contribuir al descenso de la tensión arterial. En esta investigación, los resultados obtenidos cuando se exploró la presencia de la obesidad en los pacientes hipertensos no dispensarizados no se correspondieron con lo encontrado en la bibliografía revisada. Existe consenso en que el aumento del peso corporal está correlacionado con el aumento de la tensión arterial.⁵

La no dispensarización de los pacientes hipertensos estudiados impide que reciban el tratamiento adecuado y que se pueda realizar el seguimiento que necesitan por parte del equipo de salud, todo lo cual acrecienta el riesgo de que aparezcan complicaciones cardiovasculares, cerebrovasculares y renales en un futuro, de no tratarse de forma integral.¹³

El fondo de ojo en el paciente hipertenso es uno de los exámenes clínicos que permiten precisar tiempo de evolución de la hipertensión arterial. Con los resultados de esta prueba se puede tener una idea de cómo se mantiene el sistema circulatorio en estos pacientes a la vez que sirve para clasificar la hipertensión arterial.¹⁴ Los resultados obtenidos hacen pensar que los pacientes estudiados llevan años de evolución de la hipertensión arterial, lo que se corroboró también a través de las alteraciones electrocardiográficas encontradas.

La atención primaria es el nivel asistencial que tienen las condiciones óptimas para establecer las acciones de salud de forma integral para la detección, el tratamiento, el seguimiento y el control de la hipertensión arterial. Como se demostró en esta

investigación, no se está cumpliendo con eficiencia y calidad el objetivo de detectar precozmente, dentro de la población con factores de riesgo, la presencia de hipertensión arterial. Esta aseveración puede hacerse porque los pacientes estudiados no hubieran presentado repercusión orgánica de haberse diagnosticado y tratados precozmente. Por otra parte, los autores conocen que en el mismo año en que se realizó el presente estudio la dispensarización de hipertensión arterial en los consultorios del médico de la familia fue muy baja. Si la situación se mantiene, en un futuro no muy lejano aparecerán serias complicaciones como la cardiopatía coronaria, las enfermedades cerebrovasculares y el daño renal.

Puede resumirse que se estudió al total de pacientes con hipertensión arterial no dispensarizada, del área de salud, que acuden al cuerpo de guardia del Policlínico "28 de Enero" durante el año 2006 para recibir atención de urgencia. En esos pacientes predomina el sexo femenino y los individuos de piel negra. El nivel escolar más frecuente es el de secundaria básica.

El hábito de fumar, el stress, las dislipidemias y el sedentarismo, son los factores de riesgo de la hipertensión arterial que se presentaron más frecuentemente en los pacientes estudiados.

Se detecta la presencia de alteraciones como retinopatía hipertensiva e hipertrofia cardíaca y se encuentra que el tiempo de evolución de los pacientes hipertensos no dispensarizados es elevada por los signos detectados en el fondo de ojo, el electrocardiograma.

Es conveniente recomendar a la Dirección del área de salud del Policlínico "28 de Enero" del municipio Playa, los resultados de esta investigación para que le sirva de instrumento de trabajo en el mejoramiento de la calidad de los servicios, principalmente en la atención integral a pacientes con hipertensión arterial y realizar una investigación dirigida a evaluar el cumplimiento del Programa de Prevención, Diagnóstico, Evolución y Control de la Hipertensión Arterial en esta área de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Guía Cubana para la Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial. La Habana: MINSAP; 2006.
2. Chohanion Av. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure [sitio en Internet]. [citado 12 febrero 2006]. Disponible en: <http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension>
3. Flores Sánchez A, Llerena Rojas LR, Rojas Lorenzo LI. Transluminal coronary angioplasty in patients with systemic arterial hipertensión. Rev Cubana Med. 2006; 45 (1): 2324.
4. Dahlf B, Devereux RB, Kjeldsen S. Cardiovascular morbidity and mortality in the Losartan for reduction in hypertension : a randomized trial against atenolol. Lancet. 2002; 359: 995-1003.
5. Kotchen TA. Genetic determinants of hipertensión. Hypertension. 2000; 36: 7-10.

6. Martell Claros N. Riesgo cardiovascular absoluto en hipertensión y su evolución con el tratamiento antihipertensivo. *Hipertensión*. 2001;18(2):63 -4.
7. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. [sitio en Internet]. [citado 12 febrero 2006]. Disponible en:
<http://www.nhlbi.nih.gov/guidelines/hypertension/jnc7full.pdf>
8. Cobo Martínez F. Presión arterial nocturna y factores de riesgo cardiovascular en pacientes con hipertensión arterial. *Med Clin*. 2000;114 (3):85-8.
9. Robles NR. Variabilidad de la presión arterial y morbimortalidad. *Revista Especializada Cardiología*. 2002;53 (81):110-6.
10. Joint National Committee. The Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The JNC 7 Report. *JAMA*. 2003;289 (25):60-72.
11. Ergul A. Hipertensión in black patients. *Hipertensión*. 2000;36: 62-5.
12. Massie BM, Tierney LM, Mc Phee SJ, Papavaki MA. Current medical diagnosis and treatment. New York: Mc Graw- Hill;2001.
13. Luño J, Garcia de Vinuesa S. Protección cardiovascular y renal asociada al tratamiento antihipertensivo en anciano. *Nefrología*. 2002;22 (suppl 1):530-34.
14. Cáceres Toledo M. Hipertensión y retinopatía hipertensiva. Su comportamiento en un área de salud. *Rev Cubana Med*. 2002;39(4):210- 6.

Recibido: 28 de agosto de 2007.

Aprobado: 11 de mayo de 2009.

Dania Melia Pérez. Policlínico "28 de Enero". Municipio Playa. La Habana, Cuba.