

Factores de riesgo asociados a las Crisis Hipertensivas

Autor: Lázaro Roberto Herrera Fragoso et al. - 11-10-2010

https://vinculando.org/salud/factores_de_riesgo_asociados_a_las_crisis_hipertensiva.html

Título original: Factores de riesgo asociados a las Crisis Hipertensiva. Aguada Grande, 2009

Introducción

La Hipertensión Arterial constituye hoy en día un serio problema de salud a nivel mundial que afecta por igual a los países con mayor o menor desarrollo en materia de salud, y cuya prevalencia varía según edades, grupos raciales, asentamientos poblacionales, hábitos alimentarios, culturales, etc.; es la principal y más frecuente afección dentro de las enfermedades crónicas no transmisibles¹

El riesgo fundamental de la hipertensión arterial está en dependencia de los órganos que la misma es capaz de dañar: corazón, cerebro y riñón como los más comunes y peligrosamente afectados, y dejan secuelas invalidantes o incluso la muerte de los pacientes de no ser tratada adecuadamente.²

La creciente expansión del estilo de vida urbano característico de los países industrializados, con una mayor tendencia al sedentarismo y a la obesidad, ha favorecido el aumento de la prevalencia de Hipertensión Arterial (HTA) y de las complicaciones cardiovasculares derivadas de este trastorno.

Este aumento de la prevalencia de HTA en el mundo se debe al envejecimiento de la población y a la ampliación de los criterios de diagnóstico empleados²; lo que ha contribuido a que se registren tasas cada vez más elevadas, especialmente en las comunidades urbanas. Se ha observado una tendencia al aumento de la prevalencia de esta enfermedad como parte del fenómeno denominado “transición epidemiológica”, en el cual las enfermedades crónicas y degenerativas van desplazando de los primeros lugares de morbilidad y mortalidad a las enfermedades infectocontagiosas.

Es una de las enfermedades más estudiadas en el mundo, no en vano ha sido denominada asesina silenciosa, ya que a veces nos percatamos de su existencia cuando es demasiado tarde.

A nivel mundial es causa fundamental de morbilidad en muchos países, incluyen a los del tercer mundo y también condiciona la aparición de otras afecciones cardiovasculares las cuales constituyen la primera causa de muerte; según la OMS esta entidad afecta al 20 % de la población mayor de 15 años.²

Actualmente las cifras de personas afectadas por la Hipertensión Arterial en el mundo, según estimados, es de 691 millones; su prevalencia en la mayoría de los países se encuentra entre el 15 y 30%, y después de los 50 años casi el 50% de la población está afectada por ella.

En la actualidad se producen en España más de 132 000 muertes y más de 5 millones de estancias hospitalaria por enfermedades cardiovasculares en el año ;además debido al aumento del desarrollo tecnológico , se ofrece a los pacientes nuevos instrumentos diagnósticos , aumentará el número de hospitalización por este problema de salud .Hay diferencia geográfica en la mortalidad cardiovascular en España , presentándose el valor más alto en Canaria; donde una parte importante de la misma se deba a los factores ambientales⁵

Venezuela no está exenta de esta situación, las enfermedades cardiovasculares ocupan el primer lugar entre las causas de muerte desde 1999 (21%), más de la mitad ocurrieron por Infarto Agudo del Miocardio. Las emergencias hipertensivas aportaron una de cada 10 muertes y estas se encuentran estrechamente relacionadas con el incremento

en la incidencia de dicha patología sin previo control de la misma.³

Lo antes planteado guarda estrecha relación con la política social y de salud que existía en este país, las cuales no respondían a la inmensa mayoría de las personas, y quedaba excluida un gran por ciento de población que no podía acceder a los servicios de salud; podemos decir que no existen estadísticas reales sobre la prevalencia de dicha entidad.

Con la incorporación de los médicos cubanos en la Misión Barrio Adentro, gran parte de esta población ha podido asistir a los servicios médicos, los cuales se han dispensarizados y tratados por diferentes afecciones crónicas.

En el municipio Urdaneta del estado Lara, Venezuela; hasta el momento según el censo realizado por los colaboradores cubanos existe un total de 5047 hipertensos diagnosticados. En la Parroquia San Miguel donde estamos vinculados al Programa Barrio Adentro, existe un gran número de pacientes con dicha patología.

Estos datos están en correspondencia con las estadísticas aportadas por los médicos que penetraron las comunidades a través de dicho programa, por lo que es importante que aún quedan comunidades sin recibir dicho servicio o poblaciones de clase media las cuales escapan a nuestro censo.

Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte en los países desarrollados, en Cuba desde el año 1970, representan en la actualidad un grave problema de salud pública debido a su prevalencia, y elevada morbimortalidad y alto costo económico, responsables del 20 % de las muertes en el mundo, porcentaje que se eleva a 50% en los países desarrollados¹⁻²

Muy estrechamente vinculado a las enfermedades cardiovasculares está la insuficiencia cardiaca, la cual se relaciona con alta mortalidad en estos pacientes.³⁻⁴

En Venezuela la tasa de mortalidad se ha mantenido en ascenso desde el año 1959, desde hace más de tres décadas las enfermedades cardiovasculares constituyen la segunda causa de muerte después de la muertes violentas, y la primera causa de muerte general, en conjunto con los Accidentes Cerebro Vasculares, el 29,6% de la mortalidad por todas las causas en el 2005. Al año siguiente, de un total de 98941 muertes, el 26,2% fueron causadas por enfermedades del corazón; y en la actualidad, una de cada tres muertes en Venezuela tiene relación con el aparato cardiovascular⁶

Es bien conocido que las enfermedades cardiovasculares son las consecuencias finales de varios factores de riesgo que vienen a sumarse al menos en algunos casos a cierta predisposición genética.

De los resultados del estudio de Framingham, se reconocen como factores de riesgo el tabaquismo, la dislipoproteinemia y la Hipertensión Arterial.⁵⁻⁹ Como enfermedad en sí, la Hipertensión Arterial es indudablemente un enemigo de consideración que se debe tener en cuenta en el intento de disminuir las cifras de mortalidad tanto en países desarrollados como en vías de desarrollo.¹⁰⁻¹³

Actualmente las cifras de personas afectadas por Hipertensión Arterial en el mundo según estimado es de 691 millones, su prevalencia en la mayoría de los países se encuentra entre 15% y 30% y después de los 50 años de edad casi el 50% de la población está afectada por ella.¹⁴⁻¹⁶

Esta enfermedad se distribuye por todas las latitudes y se relaciona con múltiples factores de índole económico, social, cultural, ambiental y étnico, la prevalencia se ha mantenido en aumento asociada a patrones dietéticos, disminución de la actividad física y otros aspectos conductuales en relación con hábitos tóxicos.¹⁷⁻²¹

El comité de expertos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que entre 8% y 18% de la población

mundial adulta, sufre de algún grado de Hipertensión Arterial. La prevalencia de la Hipertensión Arterial secundaria oscila entre 1% y 5% de la población total hipertensa.²¹⁻²⁵

Se han definido factores que influyen en el empeoramiento del pronóstico de la hipertensión arterial como son: el grado, la edad (hombres mayores de 55 años y mujeres mayores de 65), colesterol mayor de 6,5 mmol/L, diabetes mellitus, antecedentes patológicos familiares de enfermedad cardiovascular prematura, reducción de HDL colesterol, aumento de la LDH colesterol, intolerancia a la glucosa, obesidad, vida sedentaria, fibrinógeno elevado, grupo socioeconómico y étnico de alto riesgo, hipertrofia ventricular, proteinuria o elevación de la creatinina plasmática, ultrasonido o radiografía sugerente de placa de ateroma en arterias carótida, ilíaca, aorta o femoral, alteraciones focales o generalizadas de la arteria retiniana, enfermedad cerebrovascular, enfermedad cardíaca, nefropatía diabética e insuficiencia renal crónica, entre otras.²⁶⁻³²

Con la introducción de la misión Barrio Adentro II en el año 2005, en todas las comunidades de Venezuela, se instauran los centros diagnósticos integrales (CDI) como parte del servicio de atención médica, al considerar la importancia de la Hipertensión Arterial, no solo como enfermedad sino más aun como un factor de riesgo por las altas tasas de morbimortalidad que las mismas presenta en el país y en nuestra comunidad donde la misma se ha incrementado. Realizamos la siguiente investigación en el Centro Médico Diagnóstico Integral de Aguada Grande, para describir el comportamiento de la Hipertensión Arterial en los pacientes ingresados en la unidad de cuidados intensivos y atendidos en los servicios de urgencias de dicho centro, los cuales nos permite actuar sobre sus factores de riesgo a través de una mejor labor de promoción y prevención de salud encaminado a disminuir su incidencia y los efectos adversos que esta provoca una vez que se presenta.

Lo antes planteado guarda estrecha relación con la política social y de salud que existía en este país, las cuales no respondían a la inmensa mayoría de las personas, y quedaba excluida un gran porcentaje de población que no podía acceder a los servicios de salud; podemos decir que no existen estadísticas reales sobre la prevalencia de dicha entidad.

El resultado de este estudio apoyará a futuros estudios en Venezuela y fundamentalmente al municipio Urdaneta del estado Lara, y de esta forma desarrollar estrategias futuras.

Objetivos

Objetivo general:

1. Identificar los principales factores de riesgo de la Hipertensión Arterial que repercutieron en la aparición de la crisis hipertensiva .ASIC Aguada Grande, durante el período de diciembre 2008 a mayo del 2009.

Específicos:

1. Caracterizar los pacientes con crisis hipertensiva según datos demográficos, hábitos tóxicos y los principales factores de riesgo
2. Identificar los antecedentes patológicos personales y familiares en los pacientes estudiados
3. Establecer la entidad nosológica presente en los pacientes (urgencia o emergencia hipertensiva).
4. Describir la evolución de los pacientes al egreso.

Material y método

Contexto y clasificación de la investigación:

Se realizó un estudio epidemiológico observacional, de tipo descriptivo, retrospectivo de corte transversal ;sobre el comportamiento de los factores de riesgo en la aparición de la crisis hipertensiva en el CMDI Aguada Grande, Municipio Urdaneta, estado Lara; durante el período diciembre 2008 a mayo 2009.

Universo: Incluyó a 96 pacientes ingresados en dicho centro, con diagnóstico de crisis hipertensiva de cualquier etiología.

Muestra: Se utilizó un muestreo no probabilístico o a conveniencia, se tuvo en cuenta los criterios de inclusión y de exclusión que se muestran a continuación, conformada por 76 pacientes.

Criterio de inclusión:

Ser residente permanente de la comunidad.

Que sea paciente que sufra de hipertensión arterial y que halla presentado una crisis hipertensiva en cualquiera de sus dos tipos: Urgencia hipertensiva o Emergencia hipertensiva.

Pacientes que acepten participar en el estudio de investigación a través del consentimiento verbal.

Criterio de exclusión:

Paciente hipertenso menor de 15 años.

Presencia de enfermedades mentales o psiquiátricas que no permitan una buena comunicación.

Pacientes que no acepten participar en el estudio investigativo.

Métodos teóricos:

Análisis, síntesis de los datos obtenidos en la revisión bibliográfica y documental.

Histórico- lógico al comparar los resultados alcanzados en el abordaje del problema por diversos investigadores a través del tiempo en diferentes países.

Métodos empíricos:

Se aplicó una encuesta constituida por 8 preguntas de tipo cerrado ,en el CMDI en el servicio de apoyo vital por el autor a los pacientes seleccionados recogéndola y procesando sus resultados.

Para realizar esta investigación se identificaron las siguientes variables:

1- Edad: Variable cuantitativa continua midiéndose en intervalos de clases abierto con 9 de amplitud, describiendo la edad en años cumplidos hasta el momento del estudio, distribuyéndose:

.20-30, 31- 40, 41- 50, 51- 60, 61-70, 71-80, Mas de 80 años

Expresado en números y por cientos según edad

2 – Sexo: Variable cualitativa nominal, que se mide en masculino y femenino, donde se describe el sexo biológico

de cada individuo independientemente de cómo se manifieste su sexualidad.

Expresado en números y por cientos según sexo

3- Hábitos tóxicos: se tuvo en cuenta aquellas conductas de ingestión de sustancias dañinas de forma conciente y estable, por su importancia se consignaron a esta categoría:

- Fumadores: Variable cualitativa nominal midiéndose en SI o NO, paciente que refiera antecedentes de ser fumador.

- Alcohólicos: Variable cualitativa nominal midiéndose en SI o NO, paciente que refiera antecedentes de alcoholismo

- Consumo de sal: Variable cualitativa nominal midiéndose en SI o NO, paciente que refiera ingestión inadecuada.

- Café: Variable cualitativa nominal midiéndose en SI o NO, paciente que refiera ingestión inadecuada.

- No tiene, No se precisa

4-Factores de riesgo asociados: Esta variable se clasifica como cualitativa nominal politómica, Incluyó aquellos factores que pudieran desencadenar una crisis hipertensiva se tuvo en cuenta los malos hábitos alimenticios, sedentarismo y dislipidemia

5- Antecedentes patológicos familiares y personales: Esta variable se clasifica como cualitativa nominal politómica, Incluyó aquellas enfermedades crónicas que padecen o padecieron (en caso de fallecimiento) sus familiares y el paciente antes de su ingreso. A esta variable se consignarán las siguientes categorías:

a) Hipertensión arterial (HTA): Variable cualitativa nominal midiéndose en SI o NO, se consideró hipertensos, presión arterial (PA) superior a 140/90 mmhg, aquellos pacientes conocedores de su enfermedad antes del episodio de insuficiencia cardiaca o aquellos cuyas cifras de presión arterial se mantenían persistentemente elevadas durante su ingreso y que requirieron medicación específica antihipertensiva.

b) Diabetes Mellitus: Variable cualitativa nominal midiéndose en SI o NO, pacientes con antecedentes de Diabetes Mellitus (DM, tanto tipo I como II)

c) Hiperlipoproteinemias: Variable cualitativa nominal midiéndose en SI o NO

d) Enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC): Variable cualitativa nominal midiéndose en SI o NO, pacientes con antecedentes de EPOC

e) Cardiopatía isquémica: Variable cualitativa nominal midiéndose en SI o No, pacientes con antecedentes de cardiopatía isquémica (angina de pecho e infarto del miocardio)

f) Obesidad: Variable cualitativa nominal midiéndose en SI o No, cuando el índice de masa corporal (Kg/m²) era superior a 25.

IMC=peso en Kg/talla en m cuadrados

g) No se precisa

6-Entidad nosológica presentada (forma clínica): Esta variable se clasifica en cualitativa nominal, se consideró la clasificación de la crisis hipertensiva diagnosticada en la historia clínica. A esta variable se consignaron las siguientes categorías:

Emergencia hipertensiva

Urgencia hipertensiva.

7-Evolución y estado al egreso: Esta variable se clasifica en cualitativa nominal politómica. Se consideró satisfactoria, mejorado y fallecido.

Consideraciones éticas:

Para la realización de este trabajo se tuvo en cuenta la autonomía y el consentimiento informado de pacientes y familiares, no existió objeción para su realización. Se le explicaron los objetivos del estudio y la importancia de su participación, garantizándole la confidencialidad de la información así como la posibilidad de abandonar el estudio si lo deseara. Además se tuvo en cuenta comunicar al comité de ética del centro diagnóstico integral sobre el propósito de desarrollar esta investigación, para que estos nos permitieran acceder a las historias clínicas individuales.

Procesamiento de datos: El análisis de la información se llevó a cabo en una computadora Pentium 3 Utilizando el paquete estadístico Epiinfo versión 6,02 en su módulo análisis. Los resultados se presentaron en tablas de distribución de frecuencia y se utilizó como método estadístico el porcentaje para facilitar el análisis y comprensión de los datos.

Análisis y discusión

La tabla 1 muestra la distribución de los pacientes por edad y por sexo donde el sexo predominante fue el femenino, con 51 (67.1%).

Tabla 1: Distribución por edad y sexo de pacientes con HTA. CMDI Aguada Grande .Diciembre 2008 a mayo 2009.