

Instituto Superior de Ciencias Médicas de La Habana (ISCM-H)  
Facultad de Ciencias Médicas Dr. Enrique Cabrera

## **MORBIMORTALIDAD EN URGENCIAS Y EMERGENCIAS HIPERTENSIVAS EN EL POLICLINICO BOYEROS**

\*MSc. Luz María Cribeiro Monserrate. Calle 371 entre 178 y 184. Reparto Mulgoba. Boyeros. Ciudad de La Habana. Teléfono: 683 2540.

\*\*MSc. Nuria Rivero Martínez. Calle 367 entre 178 y 184. Reparto Mulgoba. Boyeros. Ciudad de La Habana. Teléfono: 683 1975. [nuria@infomed.sld.cu](mailto:nuria@infomed.sld.cu)

\*\*\*Dr. Nizahel Estévez Álvarez. Calle 367 entre 178 y 184. Reparto Mulgoba. Boyeros. Ciudad de La Habana. Teléfono: 683 1975.

\* Lic. en Enfermería.

\*\*Profesora Auxiliar.

\*\*\*Especialista Primer Grado MGI.

### **RESUMEN**

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo transversal para determinar morbimortalidad de las crisis hipertensivas que se presentaron en el Servicio de Urgencia del Policlínico Boyeros en el período comprendido entre enero a junio de 2006. En la investigación, se utilizó un sistema de métodos teóricos y empíricos como fueron el análisis documental, aplicación de un cuestionario. La información obtenida fue procesada con el sistema estadístico SPSS versión 11.0 para Windows y se presentó en tablas y gráficos. Con el estudio, se clasificaron las crisis hipertensivas en urgencias y emergencias correspondiendo 43.29% a las emergencias y 56.70% a las urgencias. El sexo masculino fue predominante en la emergencia hipertensiva con 54.4% y 54% en la urgencia. En los grupos de edades de 40-79 años se presentaron más eventos de urgencias y emergencias hipertensivas. Los factores de riesgo que más incidieron fueron: edad, tabaquismo,

obesidad y cardiopatías, asociadas tanto en la urgencia como en la emergencia hipertensiva. Las formas clínicas predominantes fueron: disnea, taquicardia, precordialgia, dolor torácico, mareo y cefalea. Las complicaciones más frecuentes fueron las afecciones cardiovasculares y cerebrovasculares. La evolución de las emergencias resultó 90.4% remitidos y 9.52% fallecidos, y en la urgencia 81.8% evolucionó satisfactoriamente y 18.18 fue remitido al segundo nivel.

**Palabras clave:** Urgencia y Emergencia Hipertensiva.

## **INTRODUCCION**

El crecimiento desmesurado en la prevalencia de las enfermedades crónicas esenciales del adulto (ECEA), tales como la Hipertensión Arterial (HTA) y los factores de riesgo, asociados para el desarrollo de otras enfermedades que ocasiona la misma han permitido que estas entidades nosológicas hayan impactado y superado la prevalencia de las enfermedades transmisibles; esta transformación ocurre tanto en países desarrollados como en países en vía de desarrollo, convirtiéndose en un problema de la salud pública y ocupando la primera causa de morbilidad a nivel mundial.<sup>1,2</sup>

La importancia de la hipertensión arterial como problema de salud radica en su papel causal de la elevada morbimortalidad, siendo uno de los cuatros factores de riesgo mayores modificables.<sup>3,4</sup>

La Hipertensión Arterial es en estos momentos a nivel mundial el factor de riesgo de morbimortalidad cardiovascular más común; su incidencia se encuentra en franco aumento fundamentalmente en las poblaciones de edades avanzadas y su control es inadecuado en todos los países. Las enfermedades cardiovasculares causan actualmente un tercio de la mortalidad mundial, ocasionando 5 millones de muertes en todo el mundo, principalmente en los países industrializados, ocupando desde hace más de 30 años la primera causa de muerte en estos países y Cuba.<sup>5</sup>

El control de las enfermedades no transmisibles ha pasado a formar parte de un reto de la medicina actual. En el mundo, existe una prevalencia elevada, cada año un número considerable de personas se une al grupo ya existente de hipertensos; en Cuba, 2.3 millones de adultos la padecen actualmente.<sup>6,7,8</sup>

Dado que existe cierta confusión en la terminología usada para definir los problemas relacionados con las elevaciones agudas de la Presión Arterial, las llamadas "Crisis

Hipertensivas”, se ha sugerido su diferenciación desde el punto de vista fisiopatológico y clínico en dos entidades diferentes: la Urgencia Hipertensiva y la Emergencia Hipertensiva.

#### URGENCIA HIPERTENSIVA

Situación clínica en la que el riesgo de la tensión arterial elevada hace que deba ser controlada en horas y días hasta 72 horas. Su frecuencia es de 24%.

#### EMERGENCIA HIPERTENSIVA

Situación clínica en la que la tensión arterial es de tal magnitud o las situaciones en la que la hipertensión arterial se presenta son de tales características que la vida del paciente o la integridad de órganos vitales están tan amenazados que obliga a su control inmediato en minutos. Su frecuencia es de 76%.

Las crisis hipertensivas ocurren, al menos, de 1%-7% de todos los pacientes portadores de hipertensión arterial. La etiología de las crisis hipertensivas son multifactoriales; se plantea que una de ellas es el abandono del tratamiento antihipertensivo; otras causas está relacionadas con la edad y el sexo, y otras relacionadas con medicamentos como son los antiinflamatorios no esteroideos y el desconocimiento de la enfermedad por parte de los pacientes, pudiendo ser esta una agravante mayor, pues el enfermo puede desarrollar una crisis hipertensiva sin conocer que es hipertenso.<sup>9</sup>

Estos pacientes son habitualmente portadores de hipertensión severa previa, por lo que la repercusión cardiovascular (arterioloesclerosis e hipertrofia ventricular) les otorga mayor resistencia a la elevación tensional. Por otro lado, la autorregulación de su circulación cerebral se encuentra desplazada a la derecha, con lo que los descensos bruscos de presión arterial --inocuos en un hipertenso reciente-- pueden provocar hipoperfusión cerebral en un hipertenso crónico.<sup>10,11</sup> La mayoría de las hipertensiones diastólicas, 120 Mm. Hg., atendidas en los Servicios de Urgencia equivalen a consultas por hipertensión no diagnosticada o inadecuadamente manejada, lo que ha convertido a los Servicios de Urgencia en un lugar de detección y consulta para hipertensos mal controlados.<sup>8,10,11</sup> La situación que motiva la consulta al Servicio de Urgencia es la causa del alza tensional y no una complicación de la hipertensión, es así como una epistaxis, el síndrome vertiginoso y patologías asociadas a dolor intenso y/o ansiedad son capaces de producir alzas de la presión

arterial en normotensos, y exacerbar la hipertensión de base en hipertensos establecidos.<sup>10,11</sup> Por lo que se hace necesario individualizar la atención de la crisis hipertensiva, para obtener cifras tensionales seguras, pero que no provoquen hipoperfusión de órganos nobles.

### **Objetivo**

Determinar la morbimortalidad de las urgencias y emergencias hipertensivas en el Servicio de Urgencias del Policlínico Boyeros en el período del 2006.

### **Diseño Metodológico**

Se realizó un estudio descriptivo retrospectivo transversal para determinar morbimortalidad de las crisis hipertensivas que se presentaron en el Servicio de urgencia del Policlínico Boyeros en el período comprendido entre enero a junio de 2006. El universo de estudio estuvo constituido por 194 pacientes que acudieron al servicio de urgencia del policlínico de Boyeros con crisis hipertensivas; la muestra con la cual se trabajó corresponde a 100% de los casos; se excluyó la población infantil, los pacientes que no pertenecen al área las mujeres en estado de gestación y los pacientes hipertensos que acuden a diario para control de TA.

Las variables utilizadas fueron:

1. Edad.
2. Sexo.
3. Complicaciones más frecuentes.
4. Clasificación de la crisis hipertensiva.
5. Cuadro clínico a su llegada.
6. Factores de riesgo asociados.
7. Patologías Asociadas.
8. Evolución en el Servicio de Urgencia de la Atención Primaria.

## RESULTADOS

La Tabla 1 muestra el total de pacientes con Crisis Hipertensivas, según clasificación en Urgencias y Emergencias. Las Emergencias Hipertensivas correspondieron A 84 pacientes para un 43,39%. Urgencias Hipertensivas con 110 pacientes para 56,7%; de acuerdo con lo reportado en otros estudios el porcentaje de Emergencias Hipertensivas es inferior a lo reportado en otros estudios; la frecuencia de las mismas es de 76% en relación con el volumen del total de todas las crisis hipertensivas que se presentan.

**Tabla 1. Pacientes con crisis hipertensiva según Clasificación en Urgencia y Emergencia**

Clasificación	Frecuencia	Porciento (%)
EMERGENCIA HTA	84	43,29
URGENCIA HTA	110	56,70
Total	194	100,0

**Fuente: Cuestionario aplicado.**

La Tabla 2 presenta la distribución por grupos de edad y sexo de las emergencias hipertensivas; en el sexo femenino es donde existe un discreto aumento de 12 pacientes en el grupo de edades comprendido de 50 a 59, años, según estudios clínicos realizados; es en este grupo de edad en que los cambios fisiológicos, tales como el climaterio se ven involucrados con el déficit estrogénico y pérdida de la función ovárica, los que, a su vez, se convierten en un factor de riesgo cardiovascular al favorecer la dislipidemia, resistencia de insulina y obesidad abdominal.

**Tabla 2. Pacientes con Emergencia Hipertensiva según edad y sexo**

	EDADES								
Sexo	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	Total
F	1	0	5	5	12	5	7	3	38
M	0	1	2	10	10	10	10	3	46
Total	1	1	7	15	22	15	17	6	84

Fuente: Cuestionario Aplicado.

La Tabla 3 muestra los grupos etáreos comprendidos entre 50 y 69 años que resultó el de mayor incidencia en el sexo masculino con 15 pacientes; correspondiendo nuevamente al sexo masculino la hipertensión arterial esencial crónica; el envejecimiento y adicción al medicamento antihipertensivo hace que en este grupo se presente mayor volumen de casos con urgencias hipertensivas, según la Sociedad Europea de Hipertensión, OMS.

**Tabla 3. Pacientes con Urgencia Hipertensiva según edad y sexo**

	EDADES								
Sexo	15-19	20-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80-89	Total
F	1	2	5	14	12	11	1	5	51
M	0	1	3	14	15	15	8	3	59
Total	1	3	8	28	27	26	9	8	110

Fuente: Cuestionario Aplicado.

En la Tabla 4, se analizaron los factores de riesgo asociados a las emergencias hipertensivas; 99% de los pacientes estudiados son hipertensos diagnosticados; un solo paciente de 15 años no conocía ser hipertensa; el tabaquismo ocupó 70% de los casos estudiados; el alcohol, 19% para el sexo masculino; las cardiopatías, 36% para ambos sexos; la obesidad, 21% en ambos sexos; el estrés, 14%, y la *diabetes mellitas*, 13%; de acuerdo con múltiples investigaciones realizadas, se reafirma la estrecha vinculación que tiene la hipertensión arterial a la diabetes, cardiopatía, obesidad y hábitos tóxicos para que la misma repercutan en eventos agudos e influyendo en la morbimortalidad e la población adulta.

**Tabla 4. Pacientes con Emergencia Hipertensiva según factores de riesgo.**

Factores de riesgo	Frecuencia	Porcentaje (%)
HTA	83	99
Edad	60	71
Fumador	59	70
Cardiopatía	30	36
Obesidad	18	21
Alcohol	16	19
Estrés	12	14
Diabetes	11	13
Total	84	100

**Fuente: Cuestionario Aplicado.**

La Tabla 5 muestra la relación existente entre los factores de riesgo asociados y la hipertensión arterial para desarrollar eventos de urgencia hipertensiva; en nuestra investigación se demuestra en el comportamiento sobre la urgencia hipertensiva,

que 100% de los casos estudiados son hipertensos diagnosticados y estrechamente relacionados con factores de riesgo.

**Tabla 5. Pacientes con Urgencia Hipertensiva según factores de riesgo**

<b>Factor de riesgo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
HTA	110	100
Obesidad	87	79
Fumador	85	77
Edad	52	47
Cardiopatía	23	21
Estrés	22	20
Alcohol	17	16
Diabetes	17	16
Total	110	100

**Fuente: Cuestionario Aplicado.**

En la Tabla 6 se muestran las principales formas clínicas presentadas en los pacientes con Emergencia y Urgencia Hipertensivas, donde se evidencia que la disnea es la forma clínica más evidente en 41 pacientes para 48.8 %, seguido de la taquicardia con 24 pacientes para 28.57 %; el dolor torácico se presentó en 23 pacientes para 27.38 %, seguido de la cefalea con 11 pacientes para 13.9 % y la precordialgia en 9 pacientes para 10.7 %, así como 8 pacientes presentaron crepitantes para 9.52 %, sudoración 6 pacientes para 7.14 %; se recoge la fatiga y la ansiedad en menor frecuencia.

**Tabla 6. Pacientes con crisis hipertensiva según formas clínicas**

<b>Formas Clínicas</b>	<b>Emergencias n = 84</b>	<b>Porcentaje (%)</b>	<b>Urgencias n= 110</b>	<b>Porcentaje (%)</b>	<b>Total n= 194</b>	<b>Porcentaje (%)</b>
Mareo	14	16.66	31	28.18	45	23.19



Náuseas	6	7.14	0	0	6	3.09
Vómitos	6	7.14	0	0	6	3.09
Cefalea	11	13.09	27	24.54	38	19.58
Dolor Torácico	23	27.38	30	27	67	34.53
Precordialgia	9	10.71	44	40	9	4.63
Taquicardia	24	28.57	0	0	24	12.37
Disnea	41	48.80	26	24	67	34.53
Fatiga	4	4.76	0	0	4	2.06
Ansiedad	4	4.76	0	0	4	2.06
Sudoración	6	7.14	0	0	6	3.09
Crepitantes	8	9.52	0	0	8	4.12
Visión borrosa	2	2.38	0	0	2	1.03
Edema MI	8	9.52	17	15.45	25	12.88
Pérdida de fuerza musc.	0	0	2	1.81	2	1.03

**Fuente: Cuestionario Aplicado.**

En la Tabla 7, se muestran los pacientes con crisis hipertensiva, según complicaciones tanto en las emergencias como en las urgencias hipertensivas; se destacan las complicaciones cardiovasculares ocupando el mayor porcentaje de pacientes, seguido de las enfermedades cerebrovasculares (ECV); como podemos observar en nuestro estudio las enfermedades cardiovasculares siguen presentándose en primer lugar como causa de morbilidad dentro de la población adulta.

**Tabla 7. Pacientes con crisis hipertensiva según complicaciones**

Complicaciones	Emergencia n= 84	Porcentaje (%)	Urgencias n = 110	Porcentaje (%)	Total n =	Porcentaje (%)
----------------	---------------------	-------------------	----------------------	-------------------	--------------	-------------------

					194	
Cardiovasculares	61	72.61	40	36.36	101	52.06
Cerebrovasculares	23	27.38	11	10	34	17.52
Total	84	100	51	46.36	135	69.58

**Fuente: Cuestionario Aplicado.**

En la Tabla 8, mostramos la evolución de los pacientes con emergencia hipertensiva, donde 100% de los pacientes cursaron con eventos agudos; se remitieron 76 pacientes para 90,4% al segundo nivel de las unidades de cuidados intensivos, según esta normado por nuestro Ministerio de Salud Pública y las organizaciones internacionales de salud, donde el mayor grupo de pacientes presentó complicaciones cardiovasculares; hubo una mortalidad de 8 pacientes para 9,52%; según literaturas consultadas, la mortalidad por emergencia hipertensiva es de 90% a nivel mundial. En la urgencia hipertensiva, 81,8% de los pacientes evolucionó satisfactoriamente dándosele solución en el propio Servicio de Urgencia como está establecido por las normas nacionales e internacionales y 20 pacientes fueron remitidos para 18,18%.

**Tabla 8. Pacientes con crisis hipertensiva según evolución.**

Evolución	Emergencia n = 84	%	Urgencia n=110	%	Total n=194	%
Egresados	0	0	90	81.8	90	46.39
Remitidos	76	90.4	20	18.18	96	49.48
Fallecidos	8	9.52	0	0	8	4.12
Total	84	100	110	100	194	100

**Fuente: Cuestionario Aplicado.**

## **CONCLUSIONES**

Se clasificaron las crisis hipertensivas en urgencias y emergencias, correspondiendo el mayor número a las urgencias. El sexo masculino fue predominante tanto en la emergencia hipertensiva como en la urgencia. En los grupos de edades de 40-79 años se presentaron más eventos de urgencias y emergencias hipertensivas. Los factores de riesgo que más incidieron fueron la edad, el tabaquismo, la obesidad y las cardiopatías, asociadas tanto en la urgencia como en la emergencia hipertensiva. Las formas clínicas predominantes fueron la disnea, la taquicardia, la precordialgia, el dolor torácico, mareo y la cefalea. Las complicaciones más frecuentes fueron las afecciones cardiovasculares y cerebrovasculares. La evolución de las emergencias resultó 90.4% remitidos y 9.52% fallecidos y en la urgencia 81.8% evolucionó satisfactoriamente y 18.18 fue remitido al segundo nivel.

## **ABSTRACT: Morbidity and mortality in Urgencies and Emergencies at the Boyeros Polyclinic**

A descriptive retrospective study was carried out to determine the morbimortality of the hypertensive crisis that were presented in the urgency service from the Boyeros Polyclinic in the period among January to June 2006. In the investigation an empirical and a theoretical system of methods were applied such as the documentary analysis and a questionnaire. The obtained information was processed SPSS11.0. With the study the crisis were classified in hypertensive crisis in urgencies and emergencies corresponding the 43, 29 % to the emergencies and the 56,7% to the urgencies. The male sex was predominant in the emergency with a 54,4% and a 54% in the urgency. The groups of ages of 40 - 79 years were presented more events of urgencies as in hypertensive emergencies. The risk factor that highly affected were age, smoking, obesity, associated cardiopathies as in the urgency as in the hypertensive emergency. The predominant clinical forms were the dyspnea, the tachycard the precordialgia the pain toraxico, i make dizzy and the cefalea. The most frequent complication were the affections cardiovascular cerebrovascular. The evolution of the emergencies resulted the 90,4% remitted and the 9,52% passed away and in the urgency the 81.8% evolued satisfactorily and the 18.18% were remitted to the second level.

**Key words:** Urgency and Emergency Hipertensive.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Hipertensión arterial en México. Guías y recomendaciones para su detección, control y tratamiento. Archivos de Cardiología de México; abr-jun, 2004; 74(2)
2. Comisión nacional técnica asesora del programa de Hipertensión arterial del MINSAP, Guía cubana para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la hipertensión arterial, Cuba.
3. (Segunda versión). 2006.
4. MINISTERIO DE SALUD. Guía Clínica Hipertensión Arterial Primaria o Esencial en personas de 15 Años y más. 1st Ed. Santiago Chile: Minsal; 2005.
5. León Rodríguez, C. Y Col. Atención primaria servicios de urgencias sanitarios guías clínicas. ) Cantabria, España, 2005;5(18).
6. Albert Cabrera MJ. Prevalencia de la Hipertensión Arterial y Alteraciones del Peso Corporal, CMF//13,2005-2006,04/13-2007. En:  
[Revista electrónica de Portales Médicos.com, http://www.portalesmédicos.com/publicaciones](http://www.portalesmédicos.com/publicaciones)
7. Ramos Calero E. Enfermería Comunitaria Métodos y Técnicas Madrid, SI Enfermería, ed DAE; SI. Enfermería S.21, Chile: 2002.
8. Alvarez Sintés. Medicina General Integral Volumen I, Salud y Medicina. 2001.

9. Cúrbelo Videra W. La Hipertensión arterial un reto para el Hombre de estos tiempos. Hospital Universitario Guillermo Domínguez López, Puerto Padre, Las Tunas. 2004.
10. Segura Julián. Criterios de Derivación de Pacientes a una Unidad de Hipertensión Arterial. Unidad De Hipertensión Arterial. Hospital 12 De Octubre. Madrid: 2003.
11. Oliner de La Puente Rd, Gonzalez Paradela M, Alfaro Alonso Mc, Crespo Sabaris G, Rodríguez Fernández J, Pérez García M. Guías Clínicas, Asociación Gallega de Medicina Familiar y Comunitaria. 2004;4(34).